

Universität Zürich, Zürich  
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte  
Direktorin: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Adorno

---

Betreuung der Masterarbeit: Dr. Daniel Drewniak  
Leitung der Masterarbeit: Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Adorno

**"Schwarze Listen":  
Ethische Probleme im Umgang mit dem Aufschub medizinischer Leistungen**

**MASTERARBEIT**  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Medicine (M Med) der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von  
Hanna Glaus (14-733-505)

2019

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zusammenfassung .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Rechtliche Grundlagen.....</b>	<b>8</b>
4.1. Versicherungspflicht .....	8
4.2. Ablauf der Betreuung .....	8
4.3. Kantonal rechtliche Ausgestaltung .....	9
4.4. Beginn und Ende des Leistungsaufschubs .....	10
4.5. Was ist ein medizinischer Notfall? .....	11
4.6. Die Unvereinbarkeit von Leistungsaufschub und Aufnahme- sowie Beistandspflicht .....	12
<b>5. Material und Methoden.....</b>	<b>14</b>
5.1. Das Public Health Ethik Framework von Nancy Kass .....	15
5.2. Anpassung des Frameworks .....	16
5.3. Ethik .....	16
<b>6. Analyse der Intervention «Liste säumiger Prämienzahler» anhand des Public Health Ethik Framework von Nancy Kass .....</b>	<b>17</b>
6.1. Welche Ziele verfolgt die «schwarze Liste»? .....	17
6.2. Wie effektiv erreicht die Massnahme diese Ziele? .....	17
6.3. Welche realen und potentiellen Belastungen entstehen durch die «Liste säumiger Prämienzahler» und den Leistungsaufschub? .....	20
6.3.1. Potenzielle Probleme im Bereich der Vertraulichkeit der Daten des Datenschutzes und der Zugriffskontrolle .....	20
6.3.2. Listeneintrag oder Leistungsaufschub als Stigma .....	21
6.3.3. Der Leistungsaufschub birgt potentielle ökonomische Nachteile für Behandelnde .....	22
6.3.4. Der Leistungsaufschub als Risikofaktor für die Gesundheit der betroffenen Personen .....	22
6.3.5. Das Spannungsfeld von Leistungsaufschub und ärztlichem Ethos .....	26
6.4. Wie können Belastungen durch «schwarze Listen» für Patientinnen und Gesundheitspersonal verringert werden? .....	27
6.5. Ist die Implementierung der «Liste säumiger Prämienzahler» und des Leistungsaufschubs fair? .....	29
6.5.1. Einfluss des Leistungsaufschubs auf soziale Ungleichheit .....	29
6.5.2. Rationierung durch Leistungsaufschub .....	32
6.5.3. Das angemessene Minimum an Gesundheitsversorgung .....	33

6.6.	Wiegen die Vorteile einer «Liste säumiger Prämienzahler» die Nachteile auf?	35
<b>7.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>43</b>
<b>9.</b>	<b>Dank .....</b>	<b>53</b>
<b>10.</b>	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>54</b>
<b>11.</b>	<b>Erklärung .....</b>	<b>55</b>

## 1. Zusammenfassung

Durch die Einführung des Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 die Grundlage für die «Liste säumiger Prämienzahler» geschaffen. Indem Kantone eine solche Liste erstellen, können sie medizinische Leistungen für säumige Prämienzahler aufschieben. In «listenfreien» Kantonen sind Versicherte, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, keinem Leistungsaufschub unterstellt.

Die Einführung dieser «schwarzen Liste» und dem daraus resultierenden Leistungsaufschub wirft ethische Fragen in Bezug auf säumige Zahler als auch Behandelnde auf.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin die ethischen Fragen, die sich aus der Implementierung des Art. 64a KVG in Listenkantonen ergeben, zu analysieren. Dazu wird das, von Nancy Kass vorgeschlagene, «Public Health Ethics Framework», welches ursprünglich für die Analyse ethischer Auswirkungen von Public Health Interventionen entwickelt wurde, verwendet.

Die Ergebnisse der Analyse deuten darauf hin, dass der Leistungsaufschub ein Risiko für die Gesundheit der betroffenen Personen darstellt. Es gibt keine Belege dafür, dass «schwarze Listen» und der damit verbundene Leistungsaufschub ein wirkungsvolles Mittel sind, um Kosten zu sparen. «Schwarze Listen» sind ungeeignet die Solidarität innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens zu stärken. «Schwarze Listen» verursachen Risiken hinsichtlich Privatsphäre, Datenschutz und Vertraulichkeit. Der Leistungsaufschub birgt potentielle ökonomische Nachteile für Leistungserbringende.

Basierend auf diesen Ergebnissen kommen wir zur Schlussfolgerung, dass die Erstellung von «schwarzen Listen» und der damit verbundene Leistungsaufschub sowie, als Konsequenz daraus, der Artikel 64a Abs. 7 KVG aus ethischer Sicht problematisch sind.

## **2. Abkürzungsverzeichnis**

OKP – obligatorische Krankenpflege Versicherung

EL – Ergänzungsleistungen

IPV – Individuelle Prämienverbilligung

KVG – Krankenversicherungsgesetz

KVV – Verordnung über die Krankenversicherung

SchKG – Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs

MedBG – Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe

SAMW – Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

KVL – Krankenpflege-Leistungsverordnung

StGB – Schweizerisches Strafgesetzbuch

### 3. Einleitung

Seit 2012 dürfen die Kantone Versicherte, die ihre Prämie nicht bezahlen, auf einer «schwarzen Liste» erfassen. Für gelistete Personen werden ausschliesslich Notfallbehandlungen vom Versicherer übernommen. Alle anderen medizinischen Leistungen werden aufgeschoben, respektive bis die Schulden beglichen sind vertagt. Da der Kanton für 85% der ausstehenden Forderungen des Versicherers aufkommen muss, kann er mit dem Leistungsaufschub, durch Druck auf die Säumigen, die Bezahlung der Ausstände bewirken. Aktuell führen acht Kantone eine «schwarze Liste», auch genannt «Liste säumiger Prämienzahler».

Das Bundesamt für Statistik schätzte Ende 2016 die Anzahl an Versicherten mit sistierten Leistungen auf 25'249 Personen (1). Wie die Sonntagszeitung berichtete, waren im April 2018 laut dem Krankenkassenverband Santésuisse 33'575 Personen auf einer «schwarzen Liste» registriert (2). Im Kanton Thurgau sind zudem 856 Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 17. Altersjahr auf der «schwarzen Liste» erfasst (3). Im Jahr 2016 wurden schweizweit 408'236 Versicherte, circa 5% aller Versicherten, auf die Grundversicherungsprämie betrieben und 140'504 Versicherte wiesen Zahlungsausstände auf (1). Parallel zu den Kosten der Prämien stiegen in den letzten Jahren die Anzahl der Betreibungen (4) und die Prämienausstände: 2016 bezahlten die Kantone den Versicherern circa 300 Millionen für Prämienausstände, das Doppelte als noch vor zehn Jahren (1).

Wie wirkt sich der Leistungsaufschub auf die Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Personen aus? Ist es ethisch gerechtfertigt, Patienten aufgrund ihres Zahlungsverhaltens in ihrer medizinischen Versorgung einzuschränken? Ein extremes Beispiel stellt der Fall eines 50-jährigen Patienten aus Chur dar: Dieser starb im Jahr 2017 im Kantonsspital Chur an einer Begleiterkrankung von AIDS, nachdem die Kosten für eine HIV-Therapie trotz mehrmaligen Anfragen von der Versicherung nicht übernommen wurde (2).

Bis anhin hat sich die Forschung vor allem auf die Auswirkungen der «schwarzen Liste» auf das Zahlungsverhalten säumiger Zahler und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis (5) sowie auf Gründe, die zu Betreibungen auf die Grundversicherungsprämie führen (6), konzentriert. Gesundheitliche oder soziale Auswirkungen der «Liste säumiger Prämienzahler» auf die gelisteten Personen sind bislang nicht untersucht worden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin ethische Probleme, die sich durch den Aufschub medizinischer Leistungen ergeben, zu beleuchten. Im Zuge dessen werden die potentiellen ethischen Nachteile einer «schwarze Liste» gegen deren mögliche Vorteile abgewogen.

## **4. Rechtliche Grundlagen**

Zunächst werden zum späteren besseren Verständnis die rechtlichen Grundlagen erörtert und rechtliche Unklarheiten und Widersprüche ausgearbeitet.

Hierzu werden die grundlegenden Aspekte des Sozialversicherungssystems und des Betreuungswesen in der Schweiz dargestellt und es wird auf die unterschiedlichen kantonalen Ausgestaltungen der «schwarzen Liste» genauer eingegangen. Ferner werden Unklarheiten innerhalb der rechtlichen Grundlagen und daraus erwachsende Probleme in der Umsetzung der «schwarzen Liste» aufgezeigt.

### **4.1. Versicherungsobligatorium**

Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz unterstehen dem Versicherungsobligatorium. Dies ist Ausdruck des Solidaritätsprinzips, das die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) prägt. Aus der Versicherungspflicht folgt, dass der Ausschluss aus der obligatorischen Krankenversicherung, auch bei Nichterfüllung der Prämienpflicht, unzulässig ist.

### **4.2. Ablauf der Betreuung**

Art. 64a KVG und Art. 105 KVV regeln das Verhalten von Versicherern und Kantonen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen. In diesen Gesetzesartikeln finden sich unter anderem Bestimmungen über den Ablauf von Betreibungen: Bevor eine versicherte Person betrieben werden kann, muss der Versicherer diese mindestens einmal schriftlich anmahnen. Dies muss spätestens drei Monate ab Fälligkeit der Prämie erfolgen. Ab der Zustellung der Mahnung gilt die versicherte Person als säumig und darf bis zur Zahlung der ausstehenden Forderungen den Versicherer nicht wechseln. Werden die offenen Forderungen trotz Zahlungsaufforderung nicht beglichen, muss der Versicherer die Betreibung einleiten. Ab dem Zeitpunkt der Betreibung kann der Kanton verlangen, dass ihm die säumigen Versicherten gemeldet werden. Hier ist zu bemerken, dass die säumige Versicherte nicht zwingend gleichzeitig Schuldnerin ihrer Prämie ist. Dies ist beispielsweise bei einem Kind, dessen Prämie von den Eltern geschuldet wird, der Fall.

Wird die Betreibung nicht durch Tilgung der Schuld, Rechtsvorschlag oder durch gerichtlichen Entscheid eingestellt, kann der Versicherer ein sogenanntes Fortsetzungsbegehren stellen (Art. 88 Abs. 1 SchKG). Auf dieses folgt die



Schuldeintreibung durch das Betreibungsamt. Ist die versicherte Person nachweislich zahlungsunfähig, resultiert aus der Betreibung ein Verlustschein (Art. 149 D. ff. SchKG). Einem Verlustschein sind Rechtstitel gleichgesetzt, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen.

Sobald ein Verlustschein vorliegt, gibt der Versicherer der kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie den Gesamtbetrag der Forderungen bekannt. Der Kanton übernimmt 85% der Forderungen. Diese Forderungsübernahme befreit den säumigen Prämienzahlenden nicht von seiner Prämienzahlungspflicht (7,8). Hat die versicherte Person ihre Schuld gegenüber dem Versicherer beglichen, erstattet dieser 50% des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück. Der Ablauf der Betreibung sowie die Forderungsübernahme durch den Kanton sind auf Bundesebene geregelt. Die Umsetzung der «schwarzen Liste», also der Leistungsaufschub, geschieht auf kantonaler Ebene. Im folgenden Kapitel sollen Unterschiede der rechtlichen Ausgestaltung des Leistungsaufschubs zwischen den Kantonen aufgezeigt werden.

#### **4.3. Kantonal rechtliche Ausgestaltung**

In Art. 64a Abs. 7 KVG finden sich Bestimmungen über die «Liste säumiger Prämienzahler» und den Leistungsaufschub:

*«Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf. Die Versicherer erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.» (Art 64a Abs. 7 KVG)*

Die Führung einer solchen «schwarzen Liste» durch die Kantone beruht also auf freiwilliger Basis und ermöglicht daher kantonal unterschiedliche Lösungen. Aktuell führen acht Kantone – Luzern, St. Gallen, Thurgau, Aargau, Zug, Solothurn, Schaffhausen, und Tessin – eine «Liste säumiger Prämienzahlender». Der Kanton Graubünden hat die Liste im Jahre 2018 wieder abgeschafft und der Kanton Solothurn befindet sich im Prozess zur Abschaffung (9). Generell gilt: Wird ein Versicherter aus einem der obengenannten Kantone auf Prämie oder Kostenbeteiligung betrieben,

werden sämtliche medizinischen Leistungen der OKP ausser Notfallbehandlungen aufgeschoben. Aktuell gibt es in mindestens fünf Kantonen säumige Prämienzahlende, die trotz Vorliegen eines Verlustscheins – respektive bewiesener Zahlungsunfähigkeit – mit einem Leistungsaufschub belegt sind. Eine Übersicht über die kantonalen Regelungen ist in Tabelle 1 ersichtlich.

**Tabelle 1:** Kantonal rechtliche Ausgestaltung des Leistungsaufschubs

Kantonale Rechtsquelle	Ausgestaltung Leistungsaufschub
<b>Luzern</b> § 5 ff., EG KVG, Stand 01.01.2019, SRL 865  LVGE 2016 III Nr.3	Anfang Leistungsaufschub: Ab Fortsetzungsbegehren Ende Leistungsaufschub: Meldung über Aufhebung Leistungsaufschub durch Versicherer Ausschlusskriterium: EL-, Sozialhilfe-, Mutterschaftsbeihilfe- Beziehende und Minderjährige Speziell: Leistungsaufschub bei Nichtzahlung von Prämie und Kostenbeteiligung (10)
<b>St. Gallen</b> Art. 8a ff., EG KVG, Stand 01.01.2015, SR 311.11	Anfang Leistungsaufschub: Ab erfüllten Bedingungen für Fortsetzungsbegehren Ende Leistungsaufschub: Eintritt der versicherten Person in die finanzielle Sozialhilfe; Ausrichtung von Ergänzungsleistungen an die versicherte Person; Vorliegen eines Verlustscheins und bei Entscheid über Übernahme der offenen Forderungen durch Kanton Ausschlusskriterium: EL-, Sozialhilfe-Beziehende und Minderjährige (11)
<b>Thurgau</b> § 9 ff., TG KVV, Stand 01.04.2019, SR 832.20	Anfang Leistungsaufschub: Spätestens bei Anhebung der Betreuung Ende Leistungsaufschub: Meldung des Versicherers über Bezahlung ausstehender Forderungen Ausschlusskriterium: Keine. Speziell: Case-Management, Unterstützung der Schuldner bei Schuldenbegleichung durch Gemeinde (12)
<b>Aargau</b> § 19 ff., KVGG, Stand 1.1.18, SR 837.200  V KVGG, Stand 15.03. 2017, SR 837.211	Anfang Leistungsaufschub: Ab Betreuung Ende Leistungsaufschub: Meldung des Versicherers über vollständige Bezahlung ausstehender Forderungen Ausschlusskriterium: alle Personen bis zur Vollendung der 19. Lebensjahres, EL und Sozialhilfebezüger Speziell: Case-Management, Ausnahmsweise Löschungen (13)
<b>Zug</b> § 64, EG KVG, Stand 01.01.2012, SR 842.1	Anfang Leistungsaufschub: Ab Betreuung/Spätestens bei Vorliegen Verlustschein Ende Leistungsaufschub: bei Bezahlung ausstehender Forderungen Ausschlusskriterium: Minderjährige (14)
<b>Solothurn</b> § 64, SG, SR 831.1, Stand 01.01.19	Anfang Leistungsaufschub: Ab Betreuung oder Fortsetzungsbegehren Ende Leistungsaufschub: ab Bezahlung ausstehender Forderungen, durch versicherte Person (15)
<b>Schaffhausen</b> § 24a. ff, Verordnung über den Vollzug des KVGs, SR 832.111	Anfang Leistungsaufschub: nicht klar geregelt Ende Leistungsaufschub: nicht klar geregelt Ausschlusskriterium: EL-, Sozialhilfe-Bezüger, Minderjährige, Ergänzungsleistungen oder Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende (16)
<b>Tessin</b> § 22a. ff, LCAMal, SR 853.100, Stand 4. Oktober 2011	Anfang Leistungsaufschub: Ab Betreuung nach SchKG Ende Leistungsaufschub: bei Bezahlung der Ausstände durch den Versicherten Ausschlusskriterium: EL-Beziehende, Minderjährige Speziell: Information und Bonitätsüberprüfung der Säumigen durch Wohngemeinde und Aussetzen des Leistungsaufschubs (17)

#### 4.4. Beginn und Ende des Leistungsaufschubs

Wie oben beschrieben legen die Kantone die Rechtsgrundlage unterschiedlich aus. Der Auslöser für den Leistungsaufschub wird im Gesetzestext mit «der Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen» beschrieben. Um die Wirkung des Leistungsaufschubes als Druckmittel möglichst effektiv zu gestalten, müsste er folglich

so früh als möglich angesetzt werden. Wird er erst bei Vorliegen eines Verlustscheins wirksam, ist die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners schon bestätigt und die Sanktion wirkungslos. Auch der Zeitpunkt des Aufhebens eines Leistungsaufschubs wird interkantonal sehr unterschiedlich gehandhabt: Während die meisten Kantone den Leistungsaufschub erst bei Begleichung der ausstehenden Forderungen aufheben, endet er im Kanton St. Gallen bei Vorliegen des Verlustscheines (18).

#### **4.5. Was ist ein medizinischer Notfall?**

Notfallbehandlungen sind vom Leistungsaufschub ausgenommen. Aktuell gibt es weder eine bundesweit geltende Auslegung des Begriffs «Notfallbehandlung» noch eine Vorschrift, den Begriff auf kantonaler Ebene gesetzlich zu definieren. Die «Notfallbehandlung» ist auch klinisch unscharf definiert. Anhand einiger Überlegungen zum Notfallbegriff aus rechtlicher sowie medizinischer Sicht sollen diese Unschärfe und die aus ihr resultierenden Probleme in der Umsetzung des Leistungsaufschubs skizziert werden.

Der Notfall beschreibt eine schwierige, plötzlich eintretende Situation (19), in welcher dringend Hilfe benötigt wird (20). Nach dem klinischen Wörterbuch Pschyrembel wird der Notfallbegriff sehr eng als *«akuter, lebensbedrohlicher klinischer Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation»* (21) definiert. Gemäss der Rechtsprechung umfasst der Notfallbegriff auch Situationen, in denen es darum geht schwerwiegende Symptome (hohes Fieber, starke Schmerzen) zu lindern (22).

Eine Behandlung ist nach Pschyrembel eine *«Intervention zur Verhütung, Früherkennung oder Heilung von körperlichen Krankheiten und/oder psychischen Störungen oder zur Linderung des mit Krankheiten assoziierten Leidens»* und *«umfasst alle Ma[ss]nahmen [,] [...] die geeignet sind, Symptome zu lindern [...] und/oder Krankheiten zu beseitigen»* (21). Eine Behandlung muss therapeutischen Charakter haben, kann aber sowohl kausal als auch symptomatisch sein. Sie umfasst ferner Massnahmen bei begründetem Krankheitsverdacht (8).

Das Gesetz bleibt unklar, ob diagnostische Massnahmen nach Art. 25 Abs. 1 KVG zur «Notfallbehandlung» gehören. Insbesondere in Situationen, die routinemässig den Ausschluss eines Krankheitsverdachts und somit einer «Notfallbehandlung» erfordern,

wird offengelassen, ob solche «Ausschluss-Diagnostik» vom Versicherer übernommen wird.

Das Unvorhersehbare und Plötzliche sind grundlegende Eigenschaften des Notfalles. Erst durch eine gewisse Dringlichkeit und potenzielle Bedrohlichkeit wird aber aus einer unvorhersehbaren Situation eine Notfallsituation. Diese Dringlichkeit impliziert rasches Handeln. Angesichts der drohenden Folgen kann eine Notfallbehandlung nicht aufgeschoben werden. Planbare Behandlungen fallen somit nicht unter den Notfallbegriff. Aus einer planbaren klar medizinisch indizierten Behandlung kann aber, wenn sie aufgeschoben wird, eine Notfallbehandlung werden. Von planbaren Behandlungen sind Wahlbehandlungen abzugrenzen. Wahlbehandlungen sind nicht klar medizinisch indiziert.

Mit Art. 64a Abs. 7 KVG ist also der Umfang des Leistungsaufschubs nicht ausreichend geklärt. Dies ist vor allem für Leistungserbringende sehr problematisch, da sie im Falle der Behandlung eines säumigen Prämienzahlenden keine Sicherheit darüber haben, ob die Behandlung als Notfallbehandlung übernommen wird. Die unscharfe klinische Begriffsdefinition widerspiegelt einen fehlenden medizinischen Konsens: Unterschiedliche Ärzte schätzen Fälle unterschiedlich ein. Hier stellt sich die Frage, wie und ob der Versicherer die individuelle ärztliche Einschätzung einer Situation in der Entscheidung über die Kostenübernahme berücksichtigt.

Zudem wird der korrekte Vollzug des Leistungsaufschubs erschwert, wenn bei unklarer Definition des Begriffs dem Versicherer auch andere, nicht-notfallmässige, Behandlungen als Notfallbehandlung in Rechnung gestellt werden können.

#### **4.6. Die Unvereinbarkeit von Leistungsaufschub und Aufnahme- sowie Beistandspflicht**

Die Aufnahmepflicht der Spitäler und die Beistandspflicht von Medizinalpersonen sind in einigen Fällen nicht mit dem Leistungsaufschub vereinbar. Durch gesetzliche Verankerung einer umfangreichen Definition der Notfallbehandlung sollen solche Konflikte entschärft werden.

Nach Art. 41a Abs. 2 KVG sind Listenspitäler verpflichtet, alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Kanton aufzunehmen. Ein Listenspital wird teilweise durch kantonale Steuergelder finanziert (Art. 49a Abs. 1 und 3 KVG). Im Gegenzug unterliegt es einem

kantonalen Leistungsauftrag und ist berechtigt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen (23). Die Aufnahmepflicht dient dazu, die Versorgungssicherheit aller im Einzugsgebiet wohnhaften Personen zu gewährleisten. Werden Versicherte unter Leistungsaufschub nicht aufgenommen, verstösst das Listenspital gegen seine Aufnahmepflicht. Nimmt es säumige Personen aber auf, muss es die Behandlungskosten möglicherweise selbst tragen.

Nach Art. 40 Abs. 1 lit. g MedBG sind Medizinalpersonen verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten. Diese Beistandspflicht geht über die Pflicht zur Nothilfe hinaus, wonach sich jeder, der «einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft» (Art. 128 4 StGB), strafbar macht. Ein dringender Fall ist nicht zwingend lebensbedrohlich (24,25). Das Aufschieben einer Behandlung in einem dringenden Fall ist somit eine Berufspflichtverletzung, die zum Verbot der selbstständigen Berufsausübung führen kann.

Der Leistungsaufschub wurde vom Gesetzgeber als Druckmittel zur Einhaltung der Prämienzahlungspflicht initiiert. Um diesen Druck möglichst hoch zu halten, muss der Notfallbegriff restriktiv ausgelegt werden. Wird der Notfallbegriff sehr eng ausgelegt, schliesst er nur Behandlungen in lebensbedrohlichen Situationen ein und Behandlungen in dringenden Fällen würden aufgeschoben. Folglich verletzte die behandelnde Ärztin ihre Beistandspflicht, sobald sie den Leistungsaufschub in einem dringenden Fall korrekt vollziehen würde. Vor diesem Hintergrund kam das Versicherungsgericht St. Gallen im April 2018 zum Schluss, dass in Fällen, in denen Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukommt, von einer Notfallbehandlung ausgegangen werden muss. In jenem Urteil wurde eine Entbindung als Notfallbehandlung klassifiziert (22). Der Nationalrat hat 2018 eine Motion angenommen, die verlangt, dass Kantone die eine «schwarze Liste» führen, die Notfallbehandlung in dem Sinn definieren, in welchem sie im obengenannten Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen umschrieben worden ist (26).

## 5. Material und Methoden

Die «schwarze Liste» hat den Charakter einer Public Health Intervention: Als Public Health Intervention wird jegliche Bemühung oder Strategie zum Schutz und zur Förderung der öffentlichen Gesundheit verstanden. Wesentliche Ziele von Public Health bestehen in der Verbesserung, dem Schutz und der Förderung der Gesundheit von Individuen innerhalb einer Gesellschaft (21). Public Health hat den Anspruch, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, unter denen alle Individuen gleichermassen ein gesundes Leben führen können. Dadurch soll die sozial bedingte ungleiche Verteilung von Krankheit, Risikofaktoren und Lebenserwartung möglichst reduziert werden (27). Dazu gehören erzieherische sowie überwachende Massnahmen, Impfprogramme, Lebensmittelkontrollen sowie Strategien zur Verbesserung von Wohnbedingungen etc. (28). Die Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege erfolgt einerseits staatlich, durch das Bundesamt für Gesundheit und die kantonalen Gesundheitsämter (27), sowie nicht-staatlich, durch Verbände wie Public Health Schweiz. Die Anwendung der «schwarzen Listen» wirft Fragen auf, mit deren ethischen Aspekten sich die Public-Health-Ethik beschäftigt. Im Gegensatz zur biomedizinischen Ethik beschäftigt sich Public Health Ethik mit den ethischen Implikationen von Interaktionen zwischen einer Institution (meistens staatlich) und der Gesellschaft (29). In dieser Beziehung sind moralische Werte anders zu gewichten als in der klassischen biomedizinischen Prinzipienethik (30). Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik – *Respekt vor der Autonomie*, *Nicht-Schaden*, *Gutes Tun* und *Gerechtigkeit* – sollen aus moralischen Dilemmata führen, mit denen Behandelnde in der direkten Interaktion mit Patienten konfrontiert werden. Um ethische Normen von Public Health Interaktionen zu beschreiben, müssen diese Prinzipien erweitert und ergänzt werden (31). Public Health priorisiert das gesellschaftliche Wohl. Um die kollektive Gesundheit zu schützen, können Public Health Interventionen individuelle Rechte beschneiden. Somit wird die *Autonomie* des Individuums in der Public Health Ethik weniger stark gewichtet (30). Die Prinzipien *Gutes-Tun* und *Nicht-Schaden* können auf gesellschaftlicher Ebene eher als ein Prinzip der Maximierung der kollektiven Gesundheit, in einem utilitaristischen Sinne, verstanden werden (32). Die gerechte Verteilung von Gesundheitsrisiken und Leistungen innerhalb des Gesundheitssystems spiegelt das Prinzip der *Gerechtigkeit* in einem gesellschaftlichen Kontext wider (29).

Zur ethischen Analyse der Auswirkungen der «Liste säumiger Prämienzahler» wird das Erstellen und Unterhalten der «schwarzen Liste» sowie der Vollzug des Leistungsaufschubs als Public Health Massnahme angesehen. So kann das *Public Health Ethics Framework* von Nancy Kass, ein Instrument zur ethischen Analyse von Public Health Fragestellungen, angewendet werden (30).

### **5.1. Das Public Health Ethik Framework von Nancy Kass**

Nancy Kass hat im Jahr 2001 mit ihrem *Ethics Framework for Public Health* ein analytisches Instrument zur Prüfung ethischer Implikationen von Public Health-Interventionen vorgeschlagen. Mit Hilfe dieses Frameworks sollen Interventionen identifiziert werden, die Public Health Ziele erreichen und gleichzeitig soziale Gerechtigkeit fördern, ohne persönliche Freiheiten einzuschränken (30).

Die Analyse von Interventionen anhand des *Ethics Framework for Public Health* unterteilt sich in sechs Schritte:

Im 1. Schritt werden die Ziele der Massnahme identifiziert.

Im 2. Schritt wird diskutiert, ob die Intervention zum postulierten Ziel führt. Wird angenommen, dass das Ziel die logische Konsequenz der Intervention ist, muss dies mit empirisch erhobenen Daten untermauert werden. Bei belastenden Interventionen muss ein umso besserer Nachweis für das tatsächliche Erreichen des Ziels gegeben sein.

Im 3. Schritt wird nach Auswirkungen der Massnahme gefragt, die neben dem Erreichen des Ziels entstehen. Dies führt zur Identifikation realer oder potentieller Lasten, die einzelnen Individuen oder Bevölkerungsgruppen aufgebürdet werden könnten. Damit soll erkannt werden, ob die Massnahme grundlegende moralische Werte bedroht.

Im 4. Schritt wird analysiert, ob und wie sich Belastungen verringern lassen. Aus alternativen Herangehensweisen wird die am wenigsten restriktive ausgewählt.

Im 5. Schritt wird die gerechte Verteilung von Vor- und Nachteilen, die durch die Massnahme entstehen, innerhalb der Gesellschaft untersucht.

Im 6. Schritt sollen die Nachteile, die für einige Individuen entstehen, gegen den Gesamtnutzen für die Gesellschaft abgewogen werden. In diesem Schritt wird eruiert, ob die Massnahme, im Sinne einer prozeduralen Gerechtigkeit, in verschiedenen Bevölkerungsgruppen akzeptiert wird (30).

## **5.2. Anpassung des Frameworks**

Zur Analyse der «schwarzen Liste» werden in Schritt 1 und 2, anstelle traditioneller Public Health Outcomes, die Ziele dieser Listen und deren effektives Erreichen diskutiert. Der Nutzen, der durch diese politische Massnahme generiert werden soll, wird gegen mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit betroffener Personen und gegen andere ethische Implikationen abgewogen. Eine ethische Prüfung von Public Health Interventionen sollte vor deren Einführung stattfinden. Hält eine Massnahme der Analyse ethischen Mindeststandards nicht stand, ist sie obsolet. In der vorliegenden Arbeit erfolgt eine retrospektive Anwendung des Frameworks.

## **5.3. Ethik**

Für die vorliegende Arbeit werden weder Patientendaten noch Versuchstiere verwendet, weswegen keine Ethikbewilligung, beziehungsweise Versuchstierbewilligung notwendig ist.



## **6. Analyse der Intervention «*Liste säumiger Prämienzahler*» anhand des Public Health Ehtik Framework von Nancy Kass**

### **6.1. Welche Ziele verfolgt die «schwarze Liste»?**

Die «Liste säumiger Prämienzahler» soll, durch drohenden oder tatsächlichen Leistungsaufschub, das Zahlungsverhalten aller versicherten Personen verbessern. Der Leistungsaufschub dient dem Kanton als Druckinstrument, mit dem er, zusätzlich zum laufenden Betreibungsverfahren, Druck auf säumige Prämienzahlende ausüben kann. Er bekommt dadurch die Möglichkeit, bei offenen Forderungen auf der Grundversicherung direkt zu intervenieren (8). Durch Verbesserung des Zahlungsverhaltens aller Prämienzahlenden kann die Massnahme Ausgaben für Prämienausstände einsparen (5).

Die Krankenversicherung hat zum Ziel alle versicherten Personen vor krankheitsbedingtem Bankrott zu schützen. Dieses Ziel wird durch solidarische Haftung aller versicherten Personen im Schadensfall eines Individuums erreicht (6). Verweigert ein zahlungsfähiges Individuum den obligatorischen Beitrag zur Solidargemeinschaft, soll es von solidarisch getragenen Leistungen ausgeschlossen werden. Diese Zugangsbeschränkung zur solidarisch getragenen Gesundheitsversorgung erhält die Solidarität zwischen versicherten Personen.

Die «schwarze Liste» und der Leistungsaufschub sollen dem Kanton Kosten ersparen, die Solidarität zwischen versicherten Personen erhöhen und somit die OKP stärken.

### **6.2. Wie effektiv erreicht die Massnahme diese Ziele?**

#### **6.2.1 Ist die «schwarze Liste» ein wirkungsvolles Mittel, ausstehende Prämienforderungen zu reduzieren, und dadurch Kosten einzusparen?**

Die Gesundheitsdirektion des Kanton Zürichs untersuchte im Jahre 2015, ob sich die Einführung einer «Liste säumiger Prämienzahler» aus Kosten-Nutzen-Überlegungen für den Kanton lohnt. Anhand von Fachgesprächen mit Kantonsvertretern und Versicherern wurden die Kosten, die bei Einführung einer «Liste säumiger Prämienzahler» entstünden, abgeschätzt. Der Nutzen, eine mögliche

Kosteneinsparung, wurde an der Entwicklung der Zahlungsmoral bemessen. Als Indikatoren für die Zahlungsmoral dienten die Summen von Mahnungen, Betreibungen und Verlustscheinen, jeweils im Verhältnis zum totalen Prämienvolumen des Kantons. In einer statistischen Analyse (Doppelvergleich) wurden drei Kantone mit Liste mit drei Kantonen ohne Liste bezüglich der Entwicklung der Prämienausstände und der Zahlungsmoral verglichen. Dazu wurden Daten des Bundesamts für Gesundheit zur Entwicklung der Prämienausstände, und der vier grössten Versicherer (CSS, Helsana, Groupe Mutuel, Assura), über Mahnungen und Betreibungen verwendet.

In dieser Studie werden die Kosten für die Einführung und Bewirtschaftung der «Liste säumiger Prämienzahler» auf initial zwischen 200'000 bis 600'000 CHF sowie jährlich 850'000 bis 1.8 Mio CHF geschätzt (5). Zudem führt der Leistungsaufschub möglicherweise zu indirekten Kosten, deren Höhe schwer abzuschätzen ist. Einerseits fallen durch vermehrte Spitalbesuche und Notfallbehandlungen sowie bei Erhöhung der Krankheitsschwere – ausgelöst durch die fehlende Grundversorgung – Kosten beim Leistungserbringenden an. Andererseits könnte die Liste zu mehr Sozialhilfebeziehenden oder steigenden Steuerausständen führen, was letztlich den Kanton belastet. Die Datenauswertungen konnten nicht zeigen, dass sich Prämienausstände sowie Zahlungsmoral in Kantonen mit Liste besser entwickelten als in Kantonen ohne Liste. Die Erfahrung anderer Kantone deuten in eine ähnliche Richtung (33). Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der «Liste säumiger Prämienzahler» wird somit skeptisch beurteilt: Bei sicherer Entstehung von Kosten kann ein Nutzen nicht belegt werden (5). Dies wirft die Frage auf, warum die «Liste säumiger Prämienzahler» und der Leistungsaufschub nicht zur Verbesserung des Zahlungsverhaltens versicherter Personen führen.

Auf Personen, die ihre Prämie zwar bezahlen könnten aber nicht wollen, hat der Leistungsaufschub nur bedingte Wirkung: Das Betreibungsverfahren, das in der Pfändung resultiert (Art. 89, ff. SchKG), zwingt solche Personen, auch ohne zusätzlichen Druck durch den Leistungsaufschub, Prämienausstände zu begleichen. In einigen Kantonen bleibt der Leistungsaufschub trotz bestehendem Verlustschein, respektive bewiesener Zahlungsunfähigkeit, bestehen (Tabelle 1). Zahlungsunfähige Individuen können alleine durch die Prämienzahlungspflicht in eine nicht-krankheitsbedingte Zahlungsunfähigkeit gestürzt werden. In dieser Situation fehlt

jeglicher Anreiz die Ausstände zu bezahlen, um einen zukünftigen krankheitsbedingten Bankrott zu verhindern. Der Leistungsaufschub sollte dazu führen, dass einkommensschwache Personen die Prämie im Haushaltsbudget priorisieren. Fachpersonen beurteilen diese Auswirkung des Leistungsaufschubs skeptisch; auch im Hinblick, dass eine Priorisierung der Prämie möglicherweise die Steuerausstände erhöht, was nicht im Sinne einer kantonalen Kosteneinsparung sein kann (5) .

### **6.2.2 Führt die schwarze Liste zur Stärkung der Solidarität?**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Schweiz ist eine soziale Krankenversicherung (Art. 1a, Abs. 1, KVG). Zusätzlich zur solidarischen Haftung zwischen Versicherten stellt die soziale Krankenversicherung die Solidarität zwischen jungen und alten, weiblichen und männlichen sowie armen und reichen Individuen sicher (6). Verstärkt der Leistungsaufschub die Solidarität zwischen versicherten Personen? Kann er den Solidaritätsgedanken im Sinne einer sozialen Krankenversicherung stärken? Oder gefährdet er die Solidarität in der OKP?

Viktor von Wyl hat im Jahr 2012 Daten von 540'000 Versicherten, von denen knapp 19'000 betrieben worden sind, im Hinblick auf mögliche Betreibungsursachen analysiert. Von diesen säumigen Prämienzahlern sind 61% eher jung, alleinstehend, gesund und haben selten Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung<sup>1</sup> (IPV) (6). Entziehen sich diese Versicherten angesichts ihres niedrigen Krankheitsrisikos bewusst der Solidarität gegenüber älteren kränkeren Personen, könnte der Leistungsaufschub in seiner präventiven erzieherischen Funktion dieser Verweigerung entgegenwirken und somit die Solidarität erhöhen. Versicherte Personen, die aus Eigeninteresse die Prämienzahlungspflicht umgehen, gefährden die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Zahlt niemand mehr die Prämie ein, versagt das System der sozialen Krankenversicherung, das allen Individuen Zugang zur Grundversorgung verschaffen soll. Der Leistungsaufschub soll Anreizen, die Prämie nicht zu bezahlen, entgegenwirken.

Die Entscheidung über den Abschluss einer Krankenversicherung liegt im System der sozialen Krankenversicherung nicht in der Selbstverantwortung des Einzelnen. Das

---

<sup>1</sup> Der IPV-Anspruch berechnet sich am steuerbaren Einkommen: je tiefer das Einkommen desto höher der IPV-Anspruch und umgekehrt

Versicherungspflicht soll den Zugang für alle Personen zu allen Leistungen des Leistungskataloges der OKP sichern. Es ist somit eine wichtige Voraussetzung für die Solidarität zwischen wirtschaftlich bzw. gesundheitlich schwächeren Personen und wirtschaftlich stärkeren bzw. gesünderen Personen (34). Durch eine Beschneidung des Leistungsumfanges in Folge einer Verletzung der Prämienzahlungspflicht wird das Versicherungspflicht umgangen: Junge, gesunde Personen, die nur Notfallbehandlungen als notwendig erachten, können sich mit einem Listeneintrag die Prämie sparen, ohne auf die für sie notwendigen Leistungen zu verzichten.

39% der betrieblenen Personen sind ältere, chronisch erkrankte Versicherte oder Haushalte mit relativ hohen Gesundheitsausgaben. In diesen Gruppen ist der Prozentsatz an Versicherten mit IPV-Anspruch relativ hoch. Nach von Wyl (2012) kann davon ausgegangen werden, dass eine beträchtliche Anzahl chronisch kranker Personen trotz IPV nicht für die Prämien aufkommen können. Fällt eine chronisch kranke Person in die Säumigkeit, muss von einer finanziellen Notlage ausgegangen werden, da sie auf ungehinderten Zugang zu medizinischen Leistungen angewiesen ist (6). Sind Personen trotz finanzieller Not vom Leistungsaufschub betroffen, kann davon ausgegangen werden, dass der Ausschluss von Sozialhilfe- und Ergänzungsleistungsbeziehenden nicht ausreichend vor einem Listeneintrag schützt. Aus ethischer Sicht ist eine zusätzliche Belastung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen durch den Leistungsaufschub nicht zu rechtfertigen.

### **6.3. Welche realen und potentiellen Belastungen entstehen durch die «Liste säumiger Prämienzahler» und den Leistungsaufschub?**

#### **6.3.1. Potenzielle Probleme im Bereich der Vertraulichkeit der Daten des Datenschutzes und der Zugriffskontrolle**

Auf der «schwarzen Liste» werden personenbezogene Daten aufgrund eines meldepflichtigen Umstandes, der Säumigkeit, erfasst. Daraus ergibt sich eine gewisse Sensibilität der Daten. Dieser Sensibilität wird mit einer Beschränkung des Zugangs auf kantonale und kommunale Behörden sowie Leistungserbringer begegnet (Art. 64a Abs. 7 KVG). Leistungserbringer ist jeder, der seine Leistung zu Lasten der OKP abrechnen kann: Dies sind nicht nur Ärztinnen, sondern auch Apotheker,

Chiropraktikerinnen, Hebammen, Laboratorien, Physiotherapeuten und andere (Art. 35 Abs. 2 KVG)

Um die «Liste säumiger Prämienzahler» und den Leistungsaufschub zu vollziehen, müssen Daten zwischen Versicherern, Kantonen und Leistungserbringenden ausgetauscht werden. Bühler spricht von sieben verschiedenen Datenflüssen zwischen Versicherer und Kanton, die bei der Umsetzung der «Liste säumiger Prämienzahler» entstehen (18). Innerhalb dieser komplexen Datenflüsse muss der Versicherer, als anvertraute Person, die Vertraulichkeit der Informationstransmission gewährleisten. Die Vertraulichkeit ist nur gewährleistet, solange die Leistungserbringenden ihren Zugriff nur zum Zweck des Vollzugs des Leistungsaufschubs verwenden. Aktuell muss ein Leistungserbringender den Zugriff auf die Liste beantragen und eine Sorgfaltspflichterklärung unterschreiben. Sämtliche Zugriffe auf die Liste werden erfasst und während zehn Jahren gespeichert (35).

Die gelistete Person hat weder Kontrolle über den Zugriff zu ihrem Listeneintrag durch Leistungserbringende noch kann sie ihn verweigern. Der Versicherer gibt die anvertraute Information möglicherweise ohne Befugnis des Betroffenen weiter und riskiert dadurch eine Verletzung des Vertraulichkeitsprinzips.

Für die Wahrung der Privatsphäre ist entscheidend, wer Zugang zu welchen Informationen über ein Individuum hat. Die Offenbarung der Säumigkeit in der geschäftlichen Beziehung zum Versicherer verletzt die Privatsphäre der betroffenen Person nicht. Sobald sich aber ihr Arzt Zugang zu Informationen verschafft, welche die Patientin nicht im Vertrauensverhältnis preisgegeben hat, kann dies die Privatsphäre der Patientin verletzen.

### **6.3.2. Listeneintrag oder Leistungsaufschub als Stigma**

Befürworter der «Liste säumiger Prämienzahler» postulieren, dass nur zahlungsunwillige Personen auf der Liste stehen (36). Ein Listeneintrag kennzeichnet Individuen mit dem negativen Attribut «zahlungsunwillig». Eine Veröffentlichung der «schwarzen Liste», im Sinne eines «Sündenbockregisters», kann Betroffene potentiell stigmatisieren. Dieses Risiko ist allerdings ein Theoretisches: in der Praxis sind die Daten weitestgehend geschützt und eine Veröffentlichung ist nicht geplant.

Soziologen unterscheiden zwischen einer gesellschaftlichen Diskriminierung, aufgrund einer öffentlichen Kennzeichnung (37), und einer individuell

wahrgenommenen Diskriminierung, ausgelöst durch das erlebte Stigma. Eine Studie aus den USA zeigte eine Assoziation von Stigma und tiefem<sup>2</sup> Versicherungsstatus. Die qualitativ und quantitativ erfassten Stigmata waren zur Mehrheit erlebte Diskriminierungen, wie respektloses Verhalten der Behandlungsperson, unbegründete Wegweisung ohne Behandlung, unfaire Behandlung oder die Nichterfassung respektive -erfüllung von Bedürfnissen (38).

### **6.3.3. Der Leistungsaufschub birgt potentielle ökonomische Nachteile für Behandelnde**

Aus unscharfen rechtlichen Vorgaben erwachsen Situationen, in denen unklar ist ob der Versicherer, der Leistungserbringende oder die Patientin für die Behandlung aufkommen muss. Um eine Berufspflichtverletzung zu vermeiden, wird der Leistungserbringende im Zweifelsfalle die Behandlungskosten tragen. Angesichts der aktuellen Ökonomisierung der Medizin, im Zuge derer sich die klinische Praxis zunehmend mit betriebswirtschaftlichem Denken vermischt – wie das Beispiel des Fallpauschalsystems zeigt –, steigt der ökonomische Druck auf die Behandelnden zusehend (39). Die möglichen finanziellen Einbussen durch Behandlungen an säumigen Prämienzahlern erhöhen diesen Druck zusätzlich.

### **6.3.4. Der Leistungsaufschub als Risikofaktor für die Gesundheit der betroffenen Personen**

Das gesundheitliche Risiko für die Betroffenen kann aus drei Hauptauswirkungen des Leistungsaufschubs erwachsen: Seinen Auswirkungen auf Behandlungsfrequenz und -qualität sowie auf die Behandlung chronischer Erkrankungen. Diese Auswirkungen werden im Folgenden anhand von drei Hypothesen erörtert.

*Es kann vermutet werden, dass Personen unter Leistungsaufschub seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als zahlende Versicherte. Kommt es zu einer Behandlung, beginnt diese eher in fortgeschrittenem Krankheitsstadium.*

In einigen Fällen besteht eine finanzielle Zugangsbarriere zu medizinischen Leistungen: Ein säumiger Prämienzahler, der im Tiers garant<sup>3</sup> versichert ist, wird aus

---

<sup>2</sup> Personen mit tiefem Versicherungsstatus sind Nicht-versicherte oder Medicaid-versicherte Personen.

<sup>3</sup> Im Vergütungssystem des *Tiers garants* schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Rechnung des Leistungserbringers geht zuerst an die versicherte Person, die sie danach dem Versicherer zur Prüfung weiterleitet. Den zu vergüteten Betrag wird, dem Versicherten vom Versicherer zurückvergütet (40).

Angst vor ausbleibender Rückvergütung durch den Versicherer eher auf eine Behandlung verzichten (41).

Die erwartete Behandlungsverzögerung ist durch Reaktionen von Versicherten und Gesundheitspersonal auf den Leistungsaufschub zu erklären: Eine säumige Prämienzahlerin wird wahrscheinlich erst bei drängenderen Problemen um Behandlung ersuchen als ein zahlender Versicherter (42,43). Die Angst vor Stigmatisierung durch die Behandlungsperson und die damit verbundenen Schamgefühle erhöhen die Hemmschwelle für eine Kontaktaufnahme mit der Ärztin. Fachpersonen ihrerseits werden durch den Leistungsaufschub animiert Behandlungen aufzuschieben, um die Kostendeckung der Behandlung zu garantieren.

Wie Studien aus den USA zeigen, haben Personen mit tiefem Versicherungsstatus ein höheres Risiko, bei einer Krebsdiagnose ein fortgeschrittenes Tumorstadium aufzuweisen (44). Nicht Versicherte oder Medicaid-Versicherte wiesen bei Diagnose eines Larynxkarzinoms ein späteres Stadium und grösseres Tumolvolumen auf als versicherte Personen (45).

Eine Verzögerung der Diagnose von früherkennbaren Krankheiten kann auch durch fehlende Prävention erklärt werden. Die Kürzung des Leistungsumfangs bei Leistungsaufschub betrifft jegliche Untersuchungen zur Prävention, wie Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft (46), oder in Kantonen ohne Ausschluss Minderjähriger, Vorsorgeuntersuchungen der kindlichen Entwicklung im Vorschulalter. Die genannten Beispiele sind vor allem problematisch, da hier der Leistungsaufschub nicht nur die Gesundheit der säumigen Personen sondern auch die Dritter, insbesondere vulnerabler Individuen wie Kinder und Ungeborener, gefährdet. Eine Behandlungsverzögerung kann mit Komplikationen einhergehen: Eine andere Studie zeigte, dass von Patienten mit Appendizitis jene mit tiefem Versicherungsstatus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Komplikation einer Perforation aufwiesen. Als Grund dafür werden Verzögerungen zwischen dem Einsetzen der Symptome und dem Behandlungsbeginns vermutet (47).

#### *Der Leistungsaufschub bedroht die Behandlungsqualität.*

Wegen der Unsicherheit über die Kostenübernahme durch den Versicherer ist in der Behandlung einer säumigen Prämienzahlerin der ökonomische Druck auf den

Behandelnden höher als in der Behandlung eines zahlenden Versicherten. Dieser Druck kann die behandelnde Person dazu anregen, eine kostengünstige Diagnostik- und Therapieoptionen zu wählen oder an Interventionen zu sparen.

Wie eine Studie aus dem Jahre 2012 nachweisen konnte, beeinflusst der Versicherungsstatus die Menge und Intensität der Bildgebung, die Patientinnen in der Notfallstation erhalten: Unversicherte und Medicaid-Versicherte bekamen weniger und günstigere Bildgebung als Versicherte (48). Spärlicher Einsatz diagnostischer Massnahmen beschränkt das differentialdiagnostische Vorgehen und gefährliche Ursachen werden eher verpasst. In klinischen Situationen, wo eine vitale Bedrohung routinemässig ausgeschlossen werden muss, ist nicht klar, wer im Fall des Notfall-Ausschlusses die Diagnostik bezahlt.

In einer idealen Therapieplanung bespricht der Arzt verschiedene Therapieoptionen gemeinsam mit der Patientin und wägt diese anhand persönlicher Präferenzen und Nebenwirkungsprofilen ab. Der Leistungsaufschub kann in die partizipative Entscheidungsfindung eingreifen oder diese aufheben. Dies geschieht etwa dann, wenn der Arzt angesichts des Leistungsaufschubs kostengünstigere Therapieoptionen anbietet oder sich, ohne den Patienten miteinzubeziehen, für die günstigste Therapieoption entscheidet. Wie eine Untersuchung über das amerikanische Versicherungssystem zeigt, verursacht eine Patientin ohne Versicherung während eines Spitalaufenthaltes geringere Gesamtkosten, da sie unter anderem weniger Interventionen erhält und mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit im Operationssaal behandelt wird im Vergleich zu einem versicherten Patienten mit der gleichen Diagnosekonstellation (43,49).

Entsteht beim Behandlungspersonal das Bewusstsein über eine allfällige «schwarze Liste», zum Beispiel aufgrund einer Kennzeichnung des Leistungsaufschubs in der Krankenakte, kann das in der Diskriminierung der Betroffenen resultieren, was sich beispielsweise durch weniger Verständnis oder kürzeren Konsultationszeiten äussern kann. Besonders problematisch wäre es, wenn Patienten bereits bei der Administration ohne fachkompetente Einschätzung abgewiesen würden.

In einer nicht-repräsentativen Umfrage der Zentralen Ethikkommission der SAMW gaben die Hälfte der befragten Chefarzte von Notfallstationen an, dass sie in der Weiter- und Nachbehandlung von Notfallbehandlungen an säumigen Prämienzahlenden Versorgungslücken sähen (46). Eine Verlaufskontrolle ermöglicht die sofortige Intervention bei Komplikationen und die Rehabilitation fördert die



Wiederherstellung der Funktion. Wird sie unterlassen, zum Beispiel nach einem Hirninfarkt (41), ist von einem schlechteren Resultat als bei regulärer Nachbehandlung auszugehen (50).

Der Leistungsaufschub setzt zudem Anreize zur Kostenverschiebung zu anderen Leistungserbringern: Rezeptiert die behandelnde Ärztin Medikamente, anstatt sie direkt abzugeben, muss der finanzielle Ausfall von der Apothekerin getragen werden (46). Derartige Problemverschiebungen erhöhen das Risiko von Behandlungsabbrüchen innerhalb der Versorgungskette. Zwingend erforderliche Weiter- und Nachbehandlungen sind nicht sichergestellt.

Zudem wechseln Patienten, die sich vom behandelnden Arzt diskriminiert fühlen, von sich aus öfters die Behandlungsperson und lassen sich häufiger in Notfallstationen behandeln (51). Unter dem Leistungsaufschub leidet die Kontinuität und somit die Qualität der Versorgung (41).

*Patientinnen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, werden vom Leistungsaufschub besonders hart getroffen.*

Der Leistungsaufschub kann bei chronischen Krankheiten zum Behandlungsabbruch führen. Dies hat in einem Fall zum Tod eines HIV-Infizierten, in Folge des Ausbruchs AIDS-begleitender Krankheiten nach Abbruch der antiretroviralen Therapie, geführt (2). Es kann weiter angenommen werden, dass in einer Periode des Leistungsaufschubs neu auftretende chronische Erkrankungen seltener diagnostiziert werden. Dadurch verzögert sich der Therapiebeginn und das Risiko für eine raschere Krankheitsprogression steigt.

Manifestiert sich eine chronische Erkrankung erstmalig als Notfall, kann dies zur Diagnose des chronischen Grundleidens führen. Das ist allerdings davon abhängig, wie weit die Ursachenabklärung trotz Leistungsaufschub durchgeführt wird. Als Beispiel zur Illustration dient der Myokardinfarkt, als Erstmanifestation einer primären arteriellen Hypertonie: Wird der Leistungsaufschub eingehalten, geht die Behandlung nicht über das akute Stadium des Infarktes hinaus, denn Sekundärprävention und Rezidivprophylaxe zählen nicht zur Notfallbehandlung.

Fehlt der kurative Therapieansatz, ist eine Rechtfertigung der Behandlungsübernahme angesichts des Leistungsaufschubs schwierig. Palliative Therapien wie Schmerztherapie oder aufwändige Pflege sterbender Patientinnen sind unter Leistungsaufschub nicht gewährleistet.

Eine chronische Erkrankung kann zu einem Erwerbsausfall führen (52,53): Chronisch Kranke kommen aufgrund häufiger Absenzen bei der Arbeit eher in finanzielle Engpässe. Zudem führt eine chronische Erkrankung oftmals zu einer Erhöhung der medizinischen Ausgaben (54). Eine chronische Erkrankung ist also ein Risikofaktor für Verschuldung und Säumigkeit. Gleichzeitig leiden chronisch Kranke als Betroffene am meisten unter einem Leistungsaufschub.

### **6.3.5. Das Spannungsfeld von Leistungsaufschub und ärztlichem Ethos**

In diesem Kapitel werden die Auswirkungen des Leistungsaufschubs auf die ideale Ärztin-Patienten-Beziehung geschildert.

*Der Leistungsaufschub gefährdet die professionellen und ethischen Pflichten und Werte der Ärztin, in der Behandlung säumiger Prämienzahlender. Das Wohl des Patienten und die Loyalität der Ärztin gegenüber dem Patienten wird der wirtschaftlichen Funktion von Institutionen untergeordnet (55).*

Das revidierte Genfer Gelöbnis beschreibt die ideale Arzt-Patientinnen-Beziehung wie folgt: «Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.» (56) Die Ärztin hat also die Interessen der Patienten, vor ihrem Eigeninteresse oder den Interessen Dritter zu priorisieren (57). Im Interesse des Patienten ist ein optimaler Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Welche Parteien haben Interesse an einer Beschränkung des Leistungsumfangs für säumige Prämienzahlende? Eine Ärztin, die ihre Chancen auf eine Beförderung maximieren möchte, wird den Leistungsaufschub aus Eigeninteresse vollziehen, um die ökonomischen Ziele ihrer Abteilung zu erreichen. Gleichzeitig haben Institutionen wie Spitäler und Versicherer wirtschaftliche Interessen an einer Umsetzung des Leistungsaufschubs. Als Mittel zur Erhöhung der Prämienzahlungsquote oder als verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen ist eine Leistungsbeschränkung an säumigen Prämienzahlern in gesellschaftlichem Interesse. Der Leistungsaufschub kann zum Abbruch von Arzt-Patientinnen-Beziehungen führen und gefährdet so die Loyalität der Ärztin gegenüber dem Patienten. *The Code of Medical Ethics* der *American Medical Association* beschreibt die Förderung der Kontinuität in der Betreuung einer Patientin als ärztliche Pflicht (58). Zieht sich die Ärztin angesichts der Zahlungsunfähigkeit des Patienten aus der Beziehung zurück,

verletzt sie ihre Loyalitätspflicht. Langfristige Beziehungen von chronisch leidenden Patienten zu Vertrauenspersonen wie Hausärzte, Psychiaterinnen oder Rheumatologen, sind durch den Leistungsaufschub besonders gefährdet.

*Der Leistungsaufschub gefährdet die ärztliche Tugend der Aufrichtigkeit, indem er der Ärztin Anreiz gibt, den Versicherer zu täuschen. Der Leistungsaufschub schafft einen Rollenkonflikt für den behandelnden Arzt.*

Gibt die behandelnde Person eine reguläre Behandlung als Notfallbehandlung aus, stellt sie die Kostenübernahme für die von ihr als nötig erachtete Intervention sicher. In einer Untersuchung wurde nach der Häufigkeit gefragt, in der Ärztinnen Sachverhalte manipulierten, um den Patienten die Rückvergütung der von ihnen als nötig angesehenen Leistungen zu verschaffen. 39% der befragten Ärzte und Ärztinnen berichteten im vorangegangenen Jahr mindestens einmalig derartig den Versicherer getäuscht zu haben (59). Wenn behandelnde Personen so den Verteilungsschlüssel umgehen, gefährdet das die Fairness innerhalb der Verteilung (57).

In der Verwaltung von Gesundheitsgütern und -pflichten, wie der Impfpflicht, hat der Arzt die Funktion eines Pförtners: Betrifft eine medizinische Entscheidung nicht nur das Wohl der Patientin, sondern auch die Gesundheit anderer Individuen oder die Interessen einer Institution, muss der Arzt die Vor- und Nachteile für die einzelnen Parteien abwägen (57). Er befindet sich in einem ethischen und professionellen Zielkonflikt zwischen seinen Verpflichtungen gegenüber der Patientin und dem verantwortungsvollen Umgang mit gesellschaftlichen Ressourcen (60). Angesichts des Leistungsaufschubs muss der behandelnde Arzt allenfalls seine Rollenverantwortlichkeit gegenüber dem Versicherer oder der übergeordneten Institution brechen, damit er der Patientin die Behandlung zukommen lassen kann, die er für nötig hält. Solche Konflikte führen zu moralischem Stress für die Behandelnden und verletzen die Integrität des Arztes (57).

#### **6.4. Wie können Belastungen durch «schwarze Listen» für Patientinnen und Gesundheitspersonal verringert werden?**

Um das Risiko für Verletzungen von Privatsphäre und Vertraulichkeit so klein wie möglich zu halten, muss kontrolliert werden, ob alle Akteure die Datensicherheit einhalten. Ausschliessliches Aufzeichnen und Speichern deckt, ohne regelmässige

Überprüfung der Daten keinen Missbrauch «der Liste säumiger Prämienzahler», auf. Den Betroffenen wird bei einem Listeneintrag die Kontrolle über die Daten vollständig entzogen. Aufklärung über die Datenverarbeitung sowie Verbesserung der Transparenz von Datenfluss und Zugriffsrechten könnten hier hilfreich sein.

Besonders vulnerable Patienten, die bei einem Entzug medizinischer Leistungen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine gesundheitliche Beeinträchtigung erfahren, können durch Ausschluss von der Liste vom Leistungsaufschub geschützt werden. Der Kanton Aargau hat im Februar 2019 einen Leitfaden verfasst, in welchem er Gemeinden einen kategorischen Ausschluss bestimmter Patientengruppen empfiehlt: Chronisch Kranke, deren Krankheit unbehandelt zu einer schweren Einschränkung der Lebensqualität oder zum Tod führt, oder die unbehandelt ansteckend ist, sowie Schwangere sollen nicht in der «schwarzen Liste» aufgenommen werden (61).

Alternativ könnte für säumige Prämienzahlende und andere «Unversicherte» durch (staatlich finanzierte) Anlaufstellen ein niedrigschwelliger Zugang zu Leistungen der Grundversorgung geschaffen werden. Auch aufsuchende Dienste wie schulärztliche Versorgung oder psychiatrische Dienste für Menschen ohne Krankheitseinsicht könnten säumige Prämienzahlende vor gesundheitlichen Schäden schützen (41).

Ein verpflichtender Eid, der das Patientenwohl als zentrales Interesse des ärztlichen Berufsstandes priorisiert, stärkt die Rollenverantwortlichkeit der Ärztin gegenüber dem Patienten und kann angesichts des Leistungsaufschubs die Ärztin in ethisch relevanten Behandlungsentscheiden unterstützen (55).

Das Case-Management des Kanton Thurgaus geht bei einem Listeneintrag direkt auf säumige Prämienzahlende zu und informiert diese über den Leistungsaufschub (62). Falls die Betroffene die Prämienzahlungspflicht aufgrund finanzieller Schwierigkeiten verletzt, sucht die Gemeinde das Gespräch und rät allenfalls zu einer Schuldenberatung (5). Aufklärung und Schuldenberatung kann besonders zahlungsunwillige Versicherte vor Säumigkeit und Leistungsaufschub schützen.

Ein Ausschluss von der «schwarzen Liste» von Versicherten mit IPV-Anspruch könnte wirtschaftlich schwächere Personen vom Leistungsaufschub schützen. Kann eine Person trotz staatlicher Unterstützung ihre Prämie nicht bezahlen, versagt das System der sozialen Krankenversicherung, indem entweder die Prämie zu hoch oder die Subvention zu tief ausfällt.

## **6.5. Ist die Implementierung der «Liste säumiger Prämienzahler» und des Leistungsaufschubs fair?**

Der Leistungsaufschub ist eine explizite Leistungsbeschränkung (63) und greift auf struktureller Ebene in die Verteilung der Gesundheitsversorgung ein. Im Folgenden sollen gerechtigkeitsethische Argumente für und gegen einen Verteilungsschlüssel mit der «Variable» Leistungsaufschub dargelegt werden.

### **6.5.1. Einfluss des Leistungsaufschubs auf soziale Ungleichheit**

*Sind alle Versicherten gleichermassen vom Leistungsaufschub und von den durch ihn implizierten Belastungen betroffen?*

Alle versicherten Personen, vorausgesetzt sie wohnen in einem Kanton der eine «schwarze Liste» führt, können vom Aufschub medizinischer Leistungen betroffen sein. Die Restriktion zielt nicht direkt auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe.

Eine Restriktion die Individuen aufgrund bestimmter Voraussetzungen einschränkt, wirkt zwar zielgerichtet, belastet aber Betroffene stärker als nicht betroffene Individuen. Dies soll folgendes Beispiel veranschaulichen: Ein obligatorisches Screening von sexuell übertragbaren Infektionen für Sexarbeiterinnen wird aufgrund der hohen Vortestwahrscheinlichkeit auf sparsame Weise viele infizierte Personen identifizieren. Unter den potentiellen Belastungen durch den obligatorischen Test – wie Verletzung der Privatsphäre, psychischer Stress und Stereotypisierung – leiden nur die Betroffenen. Von einer Reduktion der Durchseuchung, die Gesundheitskosten und das Infektionsrisiko senkt, profitiert jedoch die ganze Gesellschaft. Würde das Screening routinemässig an allen sexuell aktiven Personen durchgeführt, wären die Kosten höher, die ethischen Nachteile würden jedoch tendenziell abgeschwächt. Interventionen die Minderheiten zum Wohle aller benachteiligen, müssen umso sorgfältiger hinsichtlich ihrer Verhältnismässigkeit untersucht werden (30).

Der Leistungsaufschub folgt einer Verletzung der Prämienpflicht und wird nur für säumige Individuen wirksam. Personen werden aufgrund ihres Prämienzahlungsverhaltens, analog einer zielgerichteten Intervention, ungleich behandelt. Die Implementierung des Leistungsaufschubs schränkt Versicherte ungleichermassen in ihrem Zugang zur Versorgung ein. Dies bedarf einer sorgfältigen Untersuchung ihrer Fairness (64). Auch die interkantonale Ungleichbehandlung von Versicherten mit Prämienausständen wirft diesbezüglich Fragen auf.

*Der Leistungsaufschub betrifft überproportional Bevölkerungsgruppen in denen säumige Prämienzahler stärker vertreten sind. Wie sind säumige Prämienzahler in der Gesellschaft verteilt?*

Nach von Wyl<sup>4</sup> sind junge Erwachsene, chronisch Kranke und Haushalte mit Kindern von Betreibungen auf der Grundversicherung besonders betroffen (6). Die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen konnte einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Zahlungsrückständen und Armutsgefährdung zeigen (65). Armutsgefährdete Personen haben doppelt so häufig Zahlungsrückstände bei Krankenkassenprämien und waren in den letzten zwölf Monaten dreimal so häufig mehrmals im Zahlungsrückstand als nicht armutsgefährdete Personen. Armutsgefährdet ist, wer weniger als 60% des Medianäquivalenzeinkommens verdient, also ein deutlich tieferes Einkommen als die Gesamtbevölkerung hat (66). Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass 43.4% der mit materiellen Entbehrungen<sup>5</sup> konfrontierten Haushalte Zahlungsrückstände bei den Krankenkassenprämien aufweisen. Doch auch andere sozioökonomische Faktoren wie ein tieferes Bildungsniveau, und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit für prekäre Anstellungsbedingungen, tragen zur Entstehung von Zahlungsrückständen auf Krankenkassenprämien bei: Betroffen sind 11.8% aller Personen, die nur die obligatorische Schulbildung abgeschlossen haben. Demgegenüber stehen 3.3% aller Personen mit tertiärem Bildungsabschluss, die Zahlungsrückständen aufweisen. Zu guter Letzt tragen strukturelle Faktoren zur Prekarisierung von Lebensbedingungen bei: Knapp jeder fünfte Alleinerziehende, mit zwei oder mehr Kindern, gab an, in den letzten zwölf Monaten bei der Zahlung der Prämie mehrmals in den Rückstand geraten zu sein (68).

Der Zahlungsrückstand alleine führt nicht zwingend zu einem Listeneintrag (siehe rechtliche Grundlagen), stellt aber ein Risiko dar. Vor diesem Hintergrund kann ein Zusammenhang zwischen prekärer finanzieller Situation und Prämienausständen

---

<sup>4</sup> Von Wyl verglich 19 248 betriebene Versicherte mit 521 807 Versicherten ohne Betreuung der CSS, bezüglich Alter, Geschlecht, Prämienregion des Wohnorts, Familienstatus, Nationalität, IPV-Anspruch, Zugehörigkeit zu einer pharmazeutischen Kostengruppe, Franchisewahl, Gesundheitskosten, Kostenbeteiligungen und Zusatzversicherung. Mittels einer latenten Klassenanalyse teil er diese in drei Gruppen ein: Die Erste Gruppe von 61% ist vorwiegend jung, gesund und kinderlos, und hat eher selten Anspruch auf IPV. Die zweite Gruppe von 18% besteht aus älteren, kinderlosen und chronisch Erkrankten. Die dritte Gruppe 20% beinhaltet Mehrpersonenhaushalte mit Kindern mit höchstwahrscheinlich vermehrten gesundheitlichen Problemen.

<sup>5</sup> Materielle Entbehrungen wird als Nichtbesitz von Gebrauchsgütern bzw. das Fehlen elementarer Lebensgrundlagen, in diesem Beispiel min 3 aus 9 Kategorien, aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen, beschrieben (67).

angenommen werden. Für junge Erwachsene, die nach von Wyl mit 61% den grössten Teil der säumigen Prämienzahler ausmachen (6), ist dieser Zusammenhang jedoch nicht belegbar (65).

Der Ausschluss von Personen, die Sozialhilfe, Mutterschaftsbeihilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen, soll die faire Implementierung des Leistungsaufschubs unterstützen. Zwei Drittel der Personen, die Sozialhilfe beantragen, sind verschuldet. Davon gehen 47% der Schulden auf offene Arztrechnungen und 36% auf rückständige Krankenkassenbeiträge zurück (69). Der Eintritt in die Sozialhilfe hebt den Leistungsaufschub für Personen mit Prämienschulden auf. Die Sozialhilfe wird attraktiver, was zu einer Verlagerung der Kosten des Kantons hervorgerufen durch Prämienausstände hin zu Sozialhilfebeiträgen führen kann (5). Verschuldete, die sozialhilfebedürftig wären, stellen deutlich später einen Antrag auf Sozialhilfe als sozialhilfebedürftige Personen ohne Schulden (69). Die Nichtbezugsquote der Sozialhilfe in der Schweiz wird auf circa 26.3% geschätzt (70). Der Ausschluss einer Person von der Liste säumiger Prämienzahler müsste also am Sozialhilfeanspruch, nicht am tatsächlichen Bezug, bemessen werden (5). Der Ausschluss von Sozialhilfebeziehenden ist zwar löblich, aber scheint nicht ausreichend zu sein: Schliesst man lediglich Sozialhilfebeziehende aus, werden armutsgefährdete, vulnerable Personen nicht ausreichend geschützt.

*Es ist anzunehmen, dass finanziell schlechter gestellte oder gar armutsgefährdete Personen überproportional vom Leistungsaufschub betroffen sind. Möglicherweise treibt der Leistungsaufschub auch säumige Prämienzahler in die Sozialhilfe. Warum ist das gerechtigkeitsethisch ein Problem?*

John Rawls begründet in seiner Theorie der Gerechtigkeit im Jahre 1975 die Chancengleichheit: Ungleichheiten in einer fairen Verteilung von Ressourcen sollen der vulnerabelsten Gruppe den grössten Vorteil bringen (71). Eine restriktive Massnahme ist nach Rawls unfair, sobald sie vulnerable Bevölkerungsgruppen überproportional belastet.

Prekäre Lebensbedingungen armutsbetroffener oder -gefährdeter Personen werden durch eine Beschränkung der Gesundheitsversorgung verschärft: Verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand können, Erwerbsausfälle und folglich finanzielle Engpässe folgen. Wird solch eine Person zum unwilligen Prämien Sünder stereotypisiert kann

dies die soziale Isolation verstärken. Trifft der Leistungsaufschub armutsbetroffene oder gefährdete Personen oder ansonsten vulnerable Personengruppen verstärkt er soziale Ungleichheit und verursacht soziales Leid.

### **6.5.2. Rationierung durch Leistungsaufschub**

Säumigen Prämienzahlern werden Leistungen verwehrt, die über das Kontingent der Notfallbehandlungen hinausgehen. Das Aberkennen des Anspruchs auf nützliche oder sogar notwendige medizinische Leistungen entspricht einer Rationierung (72).

Für zahlende Grundversicherte wird das Kontingent der zugänglichen medizinischen Leistungen durch die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KVL) limitiert. Die Zwangssolidargemeinschaft trägt nur Leistungen des offenen Leistungskataloges sowie der Positiv-Listen (73). Die finanziellen Mittel der solidarisch finanzierten Grundversorgung sind durch Einnahmen aus Prämiegeldern begrenzt. Dieser «Fond» aus Beiträgen steht unter erheblichem Druck: Die zunehmende Überalterung der Gesellschaft sowie technische Innovationen erhöhen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen (63).

Leistungen ausserhalb des gesetzlich definierten Ressourcenkontingents, wie z. B. zahnärztliche Leistungen, müssen individuell erworben werden. Versicherten, die zusätzliche Leistungen nicht bezahlen können, wird der Zugang zu Leistungen ausserhalb der Zwangssolidargemeinschaft verwehrt. Zusätzliche Leistungen sind deshalb durch das Zahlungsvermögen der Versicherten rationiert (57).

*Angesichts dieser Mittelknappheit innerhalb der Zwangssolidargemeinschaft ist eine Rationierung medizinischer Leistungen von nicht beitragsleistenden Personen gerechtfertigt.*

Die Ressourcenbeschränkung für säumige Prämienzahlern spart Ressourcen, die zu Gunsten zahlender, solidarischer Versicherter umverteilt werden können. Sie können zur Erweiterung des Leistungsumfanges für beitragsleistende Versicherte, für die Entwicklung neuer Therapien oder zur Ausbildung von Behandlungspersonal eingesetzt werden (57). Profitieren nichtzahlende Versicherte auf Kosten zahlender Versicherter vom vollumfänglichen Leistungszugang, ist dies unfair. Diese Umverteilungen nützen vor allem Personen, die bereit sind, sich an einer funktionierenden Gesundheitsversorgung zu beteiligen (Personen unter



Leistungsaufschub profitieren nicht von einer neuen Krebstherapie, da sie von allen onkologischen Therapien kategorisch ausgeschlossen sind). Das Einhalten der Beitragspflicht wird durch eine Umverteilung also zusätzlich attraktiver.

Je mehr Personen die Beitragspflicht einhalten, desto mehr Ressourcen werden generiert. Diese Ressourcen können zur Maximierung der gesellschaftlichen Gesundheit eingesetzt werden. So erhöht sich der gesellschaftliche Gesamtnutzen.

Der Leistungsaufschub schafft für säumige Prämienzahler eine künstliche Knappheit, die nicht auf begrenzten finanziellen Ressourcen beruht. Dem zweistufigen Verteilungssystem – in welchem die Leistungen für Zahlungskräftige durch ihr Zahlungsvermögen und für die Grundversicherten ohne zusätzlichen Mittel durch die OKP rationiert sind – wird durch die politische Massnahme «Liste säumiger Prämienzahler» eine dritte Stufe, auf der medizinische Leistungen für Versicherte sehr knapp sind, hinzugefügt. Dies kann Folgekosten (vermehrte Notfallbehandlungen oder gehäufte Komplikationen) erzeugen, für die die Solidargemeinschaft aufkommen muss. Ob die Liste säumiger Prämienzahler letztlich die verfügbaren Ressourcen und demnach den Gesamtnutzen erhöht, bleibt somit fraglich.

### **6.5.3. Das angemessene Minimum an Gesundheitsversorgung**

Beinahe alle entwickelten Gesellschaften verstehen das Recht auf medizinische Versorgung als positives Wohlfahrtsrecht (74). In der Schweiz hat jede Person Anspruch auf eine für ein menschenwürdiges Dasein erforderliche Minimalversorgung (Art. 12 BV). Die Leistungen der Grundversorgung müssen allen Personen in vergleichbarer Weise offen stehen, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit (Art. 43a, BV). Eine universell zugängliche Basisversorgung soll angemessen vor Gesundheitsrisiken schützen und analog dem Schutz vor Kriminalität oder Luftverschmutzung, Teil der kollektiven sozialen Schutzleistungen des Staates sein (57).

Nach Beauchamp und Childress, welche die klassischen Prinzipien der deduktiven Medizinethik begründet haben, sind fundamentale medizinische Leistungen solche zur Verbesserung und Prävention der gesellschaftlichen Gesundheit, Grund- und Akutversorgung, sowie die spezielle Versorgung von Menschen mit Behinderung (57). Der «Affordable Care Act», der Ausbau sowie die Verbesserung des amerikanischen Versicherungssystems unter Präsident Obama, verpflichtete die Versicherer dazu

mindestens die «essential health benefits» abzudecken. Die «essential health benefits» beinhalten ambulante Leistungen, Notfallbehandlungen, Hospitalisation, Versorgung von Müttern und Neugeborenen, Leistungen bei psychischer Erkrankung sowie Substanzentzug inklusive Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapien, Rehabilitation, Laboruntersuchungen, Prävention, Management chronischer Erkrankung und pädiatrische Leistungen (75). Wie in der vorliegenden Arbeit erörtert, schliesst das, was allgemein als angemessenes Minimum an Gesundheitsversorgung gilt, deutlich mehr Leistungen ein, als Notfallbehandlungen. Die Beschränkung durch den Leistungsaufschub auf Notfallbehandlungen verletzt folglich das Recht auf ein angemessenes Minimum an Grundversorgung.

Die Gesundheit ist für die Chancengleichheit von besonderer moralischer Relevanz (63): Norman Daniels bezeichnet Gesundheit als arttypische normale Funktion, die einem Individuum das übliche Spektrum an Lebenschancen ermöglicht (76). In der egalitären Utopie haben alle Individuen gleichermassen Zugang zur Gesundheitsversorgung, und ihre arttypische Funktion wäre optimal geschützt. Eine moderate Form dieser Vorstellung wäre, jedem Individuum Zugang zu einem angemessenen Minimum an Gesundheitsversorgung zu verschaffen. Diese Beschränkung schwächt die Konsequenzen einer egalitären Idealvorstellung ab (77), deckt aber dennoch gesundheitliche Grundbedürfnisse und ermöglicht jedem Individuum die Chance auf ein menschenwürdiges Leben (78). Das «angemessene Minimum» ist zudem mit libertären, utilitaristischen und kommunitären Ansichten der gerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen vereinbar (57) und kann als Kompromiss verschiedener Lösungsansätze zur gerechten Verteilung angesehen werden.

Das Minimum an Gesundheitsversorgung soll also durch angemessenen Schutz der arttypischen normalen Funktion von Individuen die Chancengleichheit in der Gesellschaft verbessern. Der Umfang an allgemein zugänglichen medizinischen Leistungen soll allen Individuen zumindest eine befriedigende Lebensperspektive ermöglichen (79). Diejenigen medizinischen Interventionen, die die Chancengleichheit am stärksten fördern, sollen auch für alle Individuen zugänglich sein (80).

Nur eine normal funktionierende, gesunde Person kann die gesamte Spannbreite ihrer Möglichkeiten für ein erfülltes Leben nutzen. Verweigert man einer Person aufgrund

ihres Zahlungsverhaltens eine zum Schutz ihrer normalen Funktionsweise notwendige Leistung, tut man ihr Unrecht (80). Die negativen Folgen des Leistungsaufschubs auf die Gesundheit können die betroffenen Personen in ihren Möglichkeiten stark einschränken. Eine Person mit Listeneintrag hat also geringere Lebenschancen als eine Person ohne Listeneintrag.

#### **6.6. Wiegen die Vorteile einer «Liste säumiger Prämienzahler» die Nachteile auf?**

Die «schwarze Liste» soll Prämienausstände reduzieren und so die kantonalen Finanzen entlasten. Ob sie dieses Ziel erreicht ist zweifelhaft. Falls die Liste effektiv zu Einsparungen führen sollte, bleibt immer noch ungeklärt, wie die Kantone sie gewonnen Mittel reinvestieren würden.

Von den Nachteilen der «schwarzen Liste» sind mehrheitlich die säumigen Prämienzahlenden betroffen. Der Leistungsaufschub belastet die Beziehung betroffener Patientinnen zu ihren Ärzten, woran auch letztere leiden können. Zudem müssen auch potentielle ökonomische Belastungen von den Leistungserbringenden getragen werden.

Die Vor- und Nachteile der «Liste säumiger Prämienzahler» sind ungleich verteilt: Die Beschränkung der Gesundheitsversorgung zu Lasten säumiger Prämienzahlender begünstigt - angenommen die eingesparten Gelder flössen in die Gesundheitsversorgung zahlender Versicherter – beitragsleistende Versicherte.

Unterschiedliche Individuen oder Bevölkerungsgruppen gewichten Vor- und Nachteile anders. Diesen Meinungsverschiedenheiten soll mit einem fairen Entscheidungsprozess, also einer prozeduralen Gerechtigkeit, begegnet werden (30). Im März 2010 entschied die Bundesversammlung, Art. 64a KVG einzuführen und den Kantonen das Führen einer «Liste säumiger Prämienzahler» zu ermöglichen (81). Das demokratisch legitimierte Parlament entschied sich zur Leistungsbegrenzung, ohne dass die Stimmberechtigten das fakultative Referendum ergriffen haben. Die Bevölkerung hat ihre durch die direktdemokratischen Institutionen gegebenen Partizipationsmöglichkeiten nicht genutzt und es versäumt, bei der Einführung der «schwarzen Liste» zu intervenieren. Hier muss angemerkt werden, dass die säumigen Prämienzahler eine deutliche Minderheit bilden: Im Jahre 2016 schätzte das Bundesamt für Statistik, dass von 8'391'335 Versicherten circa 25'249 Personen von einem Leistungsaufschub betroffen sind (1) Für die Ergreifung des Referendums

braucht es jedoch 50'000 Unterschriften. Zusätzlich zu den Betroffenen müssten weitere Bevölkerungsschichten mobilisiert werden. Die durch gezielt eingesetzte Rhetorik geschürte Wut über sogenannte Prämiensünder dürfte jedoch weit verbreitet sein. Daher haben solche Anliegen einen schwierigen Stand.

Ein fairer Entscheidungsprozess über eine solch einschneidende Restriktion wie der Leistungsaufschub verlangt angesichts einer zahlenmässig so stark unterlegenen Minderheit von Betroffenen, die Berücksichtigung der Perspektive betroffener Patienten und ihrer Ärzte.

Während unsicher ist ob die «Liste säumiger Prämienzahler» überhaupt Vorteile mit sich bringt, ist die Belastung betroffener Personen durch den Leistungsaufschub unverkennbar. Angesichts des umstrittenen Nutzens ist auch die ungleiche Verteilung der Vor- und Nachteile und ihre möglicherweise negativen sozialen Konsequenzen schwer zu rechtfertigen.

## 7. Diskussion

Das Ethik Framework von Nancy Kass soll Public Health Interventionen auf ihre ethische Verträglichkeit überprüfen. Die «schwarze Liste» ist jedoch keine klassische Public Health Intervention.

Public Health Interventionen sollen die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, dies soll anhand sinkender Morbidität oder Mortalität gezeigt werden (30). Der Leistungsaufschub schränkt den Umfang medizinischer Leistungen für säumige Prämienzahlende ein. Folglich kann er sich auf Mortalität und Morbidität der Bevölkerung auswirken.<sup>6</sup> Bis anhin liegen keine Studien vor, die diese Auswirkungen nachweisen. Aus der «schwarzen Liste» folgt als logische Konsequenz keine direkte Reduktion von Morbidität oder Mortalität in der Bevölkerung. Es sind bis jetzt einige wenige Einzelfälle von negativen Auswirkungen des Leistungsaufschubs auf die Morbidität und Mortalität Betroffener dokumentiert.

Der Entlastung des kantonalen Sozialbudgets, durch sinkende Prämienausstände, folgten bis heute keine direkten Ausgaben für Massnahmen zur Reduktion von Morbidität oder Mortalität in der Bevölkerung. Wenn eine solche Ausgabe erfolgte, würde die «schwarze Liste» indirekt ein Public Health Ziel verfolgen und man könnte definitionsgemäss von einer Public Health Intervention sprechen.<sup>7</sup>

Aus diesen Gründen kann die «Liste säumiger Prämienzahler» und der daraus entstehende Leistungsaufschub nicht als Public Health Intervention verstanden werden. Hinsichtlich der Art der Interaktionsebene und in ihren Auswirkungen ähnelt die «schwarze Liste» jedoch Public Health Interventionen: Sie wird vom Kanton, einer staatlichen Instanz, initiiert und vollzogen. Sie soll das Zahlungsverhalten der Bevölkerung verbessern und somit der Stärkung der OKP dienen, die wiederum die Gesundheit der Bevölkerung hochhalten sollte. Der Leistungsaufschub greift in die Verteilung der Gesundheitsressourcen ein und muss hinsichtlich seiner Auswirkungen

---

<sup>6</sup> Die Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität der Gesamtbevölkerung dürfte nicht allzu gross sein, aufgrund der starken Minderheit der säumigen Prämienzahlenden in der Bevölkerung und der eher kurzen Zeitperiode, in der die «schwarze Liste» besteht. Die «Liste säumiger Prämienzahler» ist aber dennoch ethisch sehr fragwürdig.

<sup>7</sup> Zudem kann der Leistungsaufschub zwar zur Kosteneinsparung für den Kanton führen, der Leistungserbringer bleibt jedoch eher auf Kosten sitzen. Diese Kostenumwälzung vom Kanton auf die Leistungserbringenden erhöht den ökonomischen Druck auf den Leistungserbringer und kann indirekt zu Einsparungen auf Seite des Leistungserbringers führen, die selten im Interesse der Reduktion von Morbidität oder Mortalität der Patienten sind. Öffentliche, kantonal finanzierte Spitäler machen einen Grossteil der medizinischen Versorgung aus. Da davon ausgegangen werden kann, dass sich säumige Prämienzahler vermehrt auf Notfallstationen vorstellen, würden die Leistungen an säumigen Prämienzahlern also vor allem auf kantonale Leistungserbringende umgewälzt und so innerhalb des Kantonsbudgets verschoben.

auf die Gesundheit der Gesamtgesellschaft untersucht werden. Somit ist die Anwendung des Public Health Ethics Frameworks auf eine politische Massnahme wie die «Liste säumiger Prämienzahler» sinnvoll und gerechtfertigt.

Das «schwarze Listen» Problem ist komplex: Verschiedenste Akteure und ihre Anliegen prallen aufeinander. Das Instrument von Nancy Kass hilft zu strukturieren, stellt die Frage nach den Auswirkungen der «schwarzen Liste» auf die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitssystem ins Zentrum und schafft so eine neue wichtige Perspektive. Durch die Anwendung des Frameworks von Nancy Kass auf die Problematik der «schwarzen Liste» kann diese mit ethischen Analysen anderer Public Health Interventionen verglichen werden. Solche Quervergleiche könnten Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Das Framework von Kass untersucht Interventionen ganzheitlich und besitzt ausreichend Flexibilität, um auf die aus der Implementierung des Art. 64a KVG entstehenden Fragen angewendet zu werden. Trotz den vorgenommenen Anpassungen (siehe Kapitel 5. 2.) verliert es seinen Sinn, die Untersuchung ethischer Auswirkungen, nicht.

Im Zuge der Anwendung des Public Health Ethik Frameworks auf die politische Massnahme «Liste säumiger Prämienzahler» werden politische Outcomes, wie eine Veränderung des Zahlungsverhaltens, mit möglichen gesundheitlichen Auswirkungen, also Veränderungen von Morbidität und Mortalität, verglichen. Bei der Analyse von Public Health Interventionen wird der gesamtgesundheitliche Nutzen, also eine Reduktion von Mortalität und Morbidität in der Gesellschaft, der Intervention gegen ihre ethischen Auswirkungen auf die Bevölkerung aufgewogen.

In dieser Gegenüberstellung beeinflusst die Wertigkeit des Ziels die ethischen Erwägungen: Ob das Erreichen des sozialpolitischen Ziels, die Reduktion der Prämienausstände, gleichschwere ethische Lasten, wie eine Reduktion von Mortalität und Morbidität, rechtfertigt kann diese Arbeit nicht beantworten. Ersetzt man den gesamtgesundheitlichen Nutzen der Intervention durch einen politischen Nutzen, erschwert das den Vergleich von Nutzen und Lasten: Die unterschiedliche Wertigkeit der beiden Vergleichswerte macht den Vergleich schwierig.

Die «schwarze Liste» und der Leistungsaufschub sind aus ethischer wie ökonomischer Sicht verwerflich. Säumige Personen werden in ihrer Gesundheitsversorgung stark

eingeschränkt: Es ist anzunehmen, dass sie seltener und sparsamer behandelt werden und ein höheres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen aufweisen als zahlende Versicherte. In mindestens fünf Kantonen werden auf der «schwarzen Liste» nachweislich zahlungsunfähige Versicherte erfasst. Bei zahlungsunfähigen Personen ist der Leistungsaufschub unwirksam. Wird Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten der Zugang zur Grundversorgung verweigert, kann sich deren soziale Situation verschlechtern: Gesundheitliche Einschränkungen vermindern die Lebensqualität und beeinflussen Erwerbstätigkeit und finanzielle Situation potentiell negativ. Vor dem Hintergrund, dass der Leistungsaufschub überproportional vulnerable Individuen, wie chronisch Kranke und armutsbetroffene Personen, betrifft, ist dies besonders problematisch. Der Leistungsaufschub bedroht also die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, die aufgrund sozialer Faktoren schon eine höhere Mortalität und Morbidität aufweisen. Gesundheitliche Einschränkungen sowie die Zugehörigkeit zu einer tiefen sozialen Schicht verringern die Lebenschancen einer Person. Führt der Leistungsaufschub zu einem vermehrten kombinierten Auftreten dieser Bedingungen, verschlechtert er die Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft.

Ziel der «Liste säumiger Prämienzahler» ist Prämienausstände zu reduzieren und dadurch Kosten für den Kanton einzusparen. Die stetig wachsenden Prämienausstände wecken Zweifel über die Wirksamkeit der schwarzen Liste. Während sicher Kosten entstehen, kann ein Nutzen nicht belegt werden und Einsparungen für den Kanton sind fraglich. Die «schwarze Liste», als Instrument um Kosten zu sparen, führt potentiell zu Kostenverschiebungen von Prämienausständen, zu Lasten des Kantons, zu Leistungserbringenden, wo auch der Kanton zur Finanzierung einspringen muss.

Der zweifelhafte Nutzen der «Liste säumiger Prämienzahler» steht in keiner Relation zu den potentiell schweren Nachteilen für die Betroffenen und Leistungserbringenden.

Ferner wirft die «schwarze Liste» auch rechtliche Fragen auf: Sie führt zu Ungleichbehandlung innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens der Schweiz. Weiter erschweren die unscharfe Notfalldefinition und die Unvereinbarkeit von Leistungsaufschub und Beistandspflicht den Vollzug der «schwarzen Liste» und setzen Behandelnde einem enormen Druck aus: Zum einen müssen sie ihre Beistandspflicht einhalten und zum anderen als ausführendes Organ den Leistungsaufschub im Interesse des Kantons durchsetzen.

Ob die ethische und rechtliche Fragwürdigkeit des Art. 64a Abs. 7 KVG die Grundlage für eine Klage vor einem höheren Gericht sein kann, wäre eine Frage die in weiterführenden Untersuchungen geklärt werden könnte.

Das Versicherungsobligatorium ist mit dem Leistungsaufschub unvereinbar. Das Prinzip der obligatorischen Versicherung verbietet den Ausschluss aus der sozialen Krankenversicherung. Die OKP hat zum Ziel eine qualitativ hochstehende und umfassende Grundversorgung, mit gleichem Leistungsumfang für alle Versicherten, zu gewährleisten (82). Indem nicht mehr jeder Person der vollumfängliche obligatorische Versicherungsschutz gewährleistet werden muss, schwächt die «schwarze Liste» das Versicherungsobligatorium ab. Diese Destabilisierung ihrer wichtigsten Solidaritätsgrundlage kann die OKP keinesfalls stärken, sondern höhlt die soziale Krankenversicherung aus. Indem die «schwarze Liste» einen Weg schafft die Versicherungspflicht zu umgehen, der vor allem für einkommensschwache Individuen attraktiv ist, führt sie zur Verminderung des Versicherungsschutzes der wirtschaftlich Schwächsten.

Andererseits ist das solidarische Einhalten der Prämienzahlungspflicht für die Finanzierung des Gesundheitssystems über eine soziale Krankenversicherung unabdingbar. Die Prämienzahlungspflicht ist eine verwaltungsrechtliche Pflicht (8), also eine Pflicht natürlicher und juristischer Personen des privaten und des öffentlichen Rechts, dem Staat gegenüber. Die Erfüllung verwaltungsrechtlicher Pflichten kann durch verwaltungsrechtliche Sanktionen erzwungen werden (83). Der Leistungsaufschub, als verwaltungsrechtliche Sanktion, fördert das Einhalten der Prämienzahlungspflicht zusätzlich zur obligatorischen<sup>8</sup> herkömmlichen Schuldeintreibung durch den Versicherer. Er ist im Falle der Eintreibung einer Prämienschuld gerechtfertigt, da Prämienausstände, die erfolglos betrieben wurden, zu einem Grossteil von den Kantonen – respektive den Steuerzahlenden – übernommen werden müssen.

Um für die Prämienausstände aufzukommen, ziehen die Kantone Mittel aus der Finanzierung der IPV ab. Um diese Zweckentfremdung der IPV-Gelder zu Lasten der Subventionsbedürftigen zu unterbinden und einen verantwortungsvollen Umgang mit kantonalen Geldern zu fördern, müssen zahlungsfähige säumige Prämienzahler zur

---

<sup>8</sup> Aufgrund der in der sozialen Krankenversicherung geltenden Grundsätze der Gegenseitigkeit und der Gleichbehandlung der Versicherten wird vom Versicherer verlangt, die Ausstände einzufordern (84).



Prämienzahlung angehalten werden. Die Mehrheit der säumigen Prämienzahler sind junge Erwachsene ohne IPV Anspruch. Eine Abschaffung der «schwarzen Listen» würde genau diese Personengruppe in ihrem Verhalten bestärken. Diese Personen sollen durch Aufklärung über den Leistungsaufschub und Vermittlung von Systemwissen in ihrer Eigenverantwortung gestärkt werden (85).

Die Gesundheitskosten werden zu einem grossen Teil von den privaten Haushalten getragen. Wie die steigenden Prämienausstände zeigen, scheint die Finanzierung der OKP zunehmend ein Problem zu sein. Aktuell springt der Kanton für Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, ein. Da die «schwarze Liste» als Druckmittel wenig Wirkung zeigt, liegt nahe, dass für die steigenden Prämienausstände nicht Zahlungsunwille verantwortlich ist. Die finanzielle Überforderung der Haushalte mit den stetig steigenden Prämien ist wohl eher Grund für Zahlungsrückstände, als tatsächlicher Zahlungsunwille. Das Problem der Finanzierbarkeit – respektive die Ressourcenbeschaffung – muss also anders angegangen werden.

Eine staatlich festgesetzte einkommens- und vermögensabhängige Prämie, anstelle der vom Versicherer festgesetzten, einheitlichen einkommens- und vermögensunabhängigen Individualprämie (8), erleichterte die finanzielle Last einkommensschwacher Individuen, ohne ihnen die Partizipation an der Finanzierung der OKP zu verwehren. Die Ressourceneinbusse, die durch Herabsetzen der Prämien wirtschaftlich schwacher Personen entsteht, kann durch Erhöhung der Einnahmen von wirtschaftlich stärkeren Personen kompensiert werden: Die Solidarität zwischen arm und reich wird gefördert, ohne dass Ressourcenknappheit entsteht.

Indem der Kanton die Ausgaben für die IPV erhöht, kann er möglicherweise auch eine Reduktion der Prämienausstände erzielen. Eine Stärkung des Umverteilungsinstruments IPV erscheint mir zudem sinnvoll, da so gezielt wirtschaftlich schlechter gestellte Haushalte geschützt werden. Eine Initiative der sozialdemokratischen Partei will Haushalte mit finanziellen Schwierigkeiten durch das Festsetzen einer relativen Prämienobergrenze vor Säumigkeit schützen: Die Initianten möchten, dass die Prämie nicht mehr als 10% des Haushaltsbudgets ausmachen darf (86).

Diese Lösungsansätze setzen tiefgreifende Umstrukturierungen des Sozialversicherungssystems voraus. Es ist fraglich, ob sie von der Bevölkerung getragen würden, vor allem von den Bevölkerungsgruppen deren Prämie

überproportional erhöht würde. In Anbetracht der aktuellen Probleme in der Finanzierbarkeit der OKP wären eine Meinungsumfrage in der Gesellschaft, ob eine Erhöhung der Solidarität zwischen einkommensstarken und schwachen Individuen ein Bedürfnis breiter Bevölkerungsschichten ist, sicherlich angebracht.

Potentielle Auswirkungen auf Privatsphäre und Arzt-Patienten-Beziehung könnten mit qualitativen Nachforschungen besser skizziert werden.

## 8. Literaturverzeichnis

1. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016. Departement des Inneren EDI; 2018 Juli. (Bundesamt für Gesundheit BAG, Reihenherausgeber. Statistiken zur Krankenversicherung). Report No.: 07/2018.
2. Balmer D. Kantone nehmen mit schwarzen Listen Todesfälle in Kauf. Tages-Anzeiger [Internet]. 5. Februar 2018 [zitiert 22. Oktober 2019]; Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/sonntagszeitung/kantone-nehmen-mit-schwarzen-listen-todesfaelle-in-kauf/story/15748314>
3. Kinder auf der LSP im Kanton TG - die Fakten.pdf [Internet]. [zitiert 15. November 2019]. Verfügbar unter: <https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/81890/Kinder%20auf%20der%20LSP%20im%20Kanton%20TG%20-%20die%20Fakten.pdf>
4. Kari Kälin. Unbezahlte Krankenkassen-Prämien machen den Kantonen das Leben schwer. Aargauer Zeitung [Internet]. 31. August 2019 [zitiert 15. November 2019]; Verfügbar unter: <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/unbezahlte-krankenkassen-praemien-machen-den-kantonen-das-leben-schwer-135541496>
5. Miriam Frey, Harald Meier. Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich [Internet]. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG; 2015 Okt [zitiert 4. November 2019]. Verfügbar unter: [https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/b,s,s.-studie\\_praemienausstaende\\_kanton\\_zuerich.pdf](https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/b,s,s.-studie_praemienausstaende_kanton_zuerich.pdf)
6. Beck K. Brennpunkt Solidarität: Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung. Bern: SGGP; 2014.
7. Bundesgericht. 141 V 175 [Internet]. März 17, 2015. [zitiert am 8. Juli 2019] Verfügbar unter: [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F141-V-175%3Ade&lang=de&type=show\\_document](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F141-V-175%3Ade&lang=de&type=show_document)

8. Eugster G, Eugster G. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG. 2. Auflage. Zürich: Schulthess; 2018. 1027 S. (Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht).
9. Aschwanden E. Krankenkassen: Schwarze Listen werden abgeschafft | NZZ. Neue Zürcher Zeitung [Internet]. 13. Juli 2018 [zitiert 19. Oktober 2019]; Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/schweiz/krankenkassen-schwarze-listen-werden-abgeschafft-ld.1402008>
10. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung. SRL 865 März 23, 1998.
11. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung. SR 311.11 Nov 9, 1995.
12. Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung. SR 832.20 Dez 20, 2011.
13. Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung. SR 837.200 Dez 15, 2015.
14. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung. SR 842.1 Feb 29, 1996.
15. Sozialgesetz. SR 831.1 Jan 31, 2007.
16. Verordnung zum Vollzug des KVGs. SR 832.111 Juli 8, 1996.
17. Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) [Internet]. SR 853.100 giugno, 1997. [zitiert am 7. Juli 2019] Verfügbar unter: <https://m3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/370>
18. Bühler Max. Krankenversicherungsgesetz: Liste der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, und Leistungsaufschub [Internet]. 2013 [zitiert am 18. Juni 2019]. Verfügbar unter: [http://www.kpm.unibe.ch/weiterbildung/weiterbildung/projekt\\_\\_und\\_masterarbeiten/e234292/e234297/Masterarbeit\\_Bhler\\_ger.pdf](http://www.kpm.unibe.ch/weiterbildung/weiterbildung/projekt__und_masterarbeiten/e234292/e234297/Masterarbeit_Bhler_ger.pdf)

19. Kunkel M, Bibliographisches Institut, Herausgeber. Duden - das Bedeutungswörterbuch. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Dudenverlag; 2018. 1184 S. (Der Duden in zwölf Bänden).
20. Duden - Online. In Mannheim: Bibliographisches Institut: Dudenverlag; 2013.
21. Pschyrembel online. In Berlin: De Gruyter; 2014.
22. Entscheid Versicherungsgericht, Kanton St. Gallen [Internet]. 2018. [zitiert am 8. September 2019] Verfügbar unter: [http://ww2.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle\\_entscheide1/Entscheide\\_2018/schiedsgericht\\_-\\_prozesse/kschg-2017-5.html](http://ww2.gerichte.sg.ch/home/dienstleistungen/rechtsprechung/aktuelle_entscheide1/Entscheide_2018/schiedsgericht_-_prozesse/kschg-2017-5.html)
23. Behörden & Politik [Internet]. [zitiert 30. August 2019]. Verfügbar unter: [https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_spitallisten.html](https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html)
24. Kuhn M, Poledna T, Gächter T, Herausgeber. Arztrecht in der Praxis. 2. Aufl. Zürich: Schulthess; 2007. 806 S.
25. Ayer A, Kieser U, Poledna T, Sprumont D, Ayer-Kieser-Poledna-Sprumont, Herausgeber. Medizinalberufegesetz: MedBG); Kommentar: commentaire = Loi sur les professions médicales (LPMéd. Basel: Helbing Lichtenhahn; 2009. 539 S.
26. Das Schweizer Parlament. 18.3708 | Schwarze Listen. Definition des Notfalls | Geschäft [Internet]. parlamentsdienste. 2018 [zitiert 30. August 2019]. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20183708>
27. Egger M, Razum O. Public Health: Zentrale Begriffe, Disziplinen und Handlungsfelder. In: Egger M, Razum O, Herausgeber. Public Health [Internet]. Berlin, Boston: DE GRUYTER; 2012 [zitiert 16. November 2019]. S. 1–22. Verfügbar unter: <https://www.degruyter.com/view/books/9783110255416/9783110255416.1/9783110255416.1.xml>

28. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. Am J Public Health. April 2010;100(4):590–5.
29. Swain GR, Burns KA, Etkind P. Preparedness: Medical Ethics Versus Public Health Ethics. J Public Health Manag Pract. Juli 2008;14(4):354–7.
30. Kass NE. An Ethics Framework for Public Health. Am J Public Health. November 2001;91(11):1776–82.
31. Coughlin SS. How Many Principles for Public Health Ethics? Open Public Health J. 1. Januar 2008;1:8–16.
32. Schröder-Bäck P, Duncan P, Sherlaw W, Brall C, Czabanowska K. Teaching seven principles for public health ethics: towards a curriculum for a short course on ethics in public health programmes. BMC Med Ethics [Internet]. 7. Oktober 2014 [zitiert 12. Oktober 2019];15. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196023/>
33. Hehli S. Schwarze Listen für säumige Krankenkassen-Zahler sollen abgeschafft werden | NZZ. Neue Zürcher Zeitung [Internet]. 15. Juni 2018 [zitiert 1. Oktober 2019]; Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/schweiz/rote-karte-fuer-schwarze-krankenkassen-liste-ld.1394944>
34. Rüefli C, Huegli E. Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers - Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484). 23. März 2011;141.
35. Liste säumiger Prämienzahler [Internet]. [zitiert 21. Oktober 2019]. Verfügbar unter: <https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=14426>
36. Nach Tod von HIV-Patient - Debatte über «schwarze Listen» entbrannt [Internet]. Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). 2018 [zitiert 19. Oktober 2019]. Verfügbar unter: <https://www.srf.ch/news/schweiz/nach-tod-von-hiv-patient-debatte-ueber-schwarze-listen-entbrannt>

37. Hillmann K-H, Hartfiel G. Wörterbuch der Soziologie. 5., vollständig überarbeitete und erw. Aufl. Stuttgart: Kröner; 2007. 1017 S.
38. Allen H, Wright BJ, Harding K, Broffman L. The Role of Stigma in Access to Health Care for the Poor: The Role of Stigma in Access to Health Care for the Poor. *Milbank Q.* Juni 2014;92(2):289–318.
39. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Petersplatz 13, CH-4051 Basel; 2014. Report No.: Swiss Academies Communications, Vol. 9, No 4.
40. Vergütungssysteme – Priminio [Internet]. [zitiert 22. Oktober 2019]. Verfügbar unter: <https://www.priminfo.admin.ch/de/fragen-und-antworten/tiers>
41. Sottas B, Brügger S, Jaquier A. Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. :55.
42. Seifert RW, Rukavina M. Bankruptcy Is The Tip Of A Medical-Debt Iceberg: Tracking the number of uninsured Americans is only part of the story: How many insured Americans incur medical debt that deters them from seeking care? *Health Aff (Millwood)*. Januar 2006;25(Suppl1):W89–92.
43. Castaneda MA, Saygili M. The health conditions and the health care consumption of the uninsured. *Health Econ Rev.* Dezember 2016;6(1):55.
44. Roetzheim RG, Pal N, Tennant C, Voti L, Ayanian JZ, Schwabe A, u. a. Effects of Health Insurance and Race on Early Detection of Cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 18. August 1999;91(16):1409–15.
45. Chen AY, Schrag NM, Halpern M, Stewart A, Ward EM. Health Insurance and Stage at Diagnosis of Laryngeal Cancer: Does Insurance Type Predict Stage at Diagnosis? *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 1. August 2007;133(8):784.
46. Salathé M. Umgang mit Leistungssperren: Erfahrungsberichte gesucht! Schweiz Ärztesztg [Internet]. 29. August 2018 [zitiert 22. Oktober 2019]; Verfügbar unter: <https://doi.emh.ch/saez.2018.17049>

47. Braveman P, Schaaf VM, Egerter S, Bennett T, Schechter W. Insurance-Related Differences in the Risk of Ruptured Appendix. *N Engl J Med*. 18. August 1994;331(7):444–9.
48. Moser JW, Applegate KE. Imaging and Insurance: Do the Uninsured Get Less Imaging in Emergency Departments? *J Am Coll Radiol*. Januar 2012;9(1):50–7.
49. Niedzwiecki MJ, Hsia RY, Shen Y. Not All Insurance Is Equal: Differential Treatment and Health Outcomes by Insurance Coverage Among Nonelderly Adult Patients With Heart Attack. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 5. Juni 2018 [zitiert 31. Oktober 2019];7(11). Verfügbar unter: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.117.008152>
50. Haider AH. Race and Insurance Status as Risk Factors for Trauma Mortality. *Arch Surg*. 20. Oktober 2008;143(10):945.
51. Enard KR, Nevarez L, Ganelin DM. Association Between Perceived Discrimination and Emergency Department Use Among Safety-Net Patients in the Southwestern United States. *South Med J*. Januar 2018;111(1):1–7.
52. Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MHW. Perspectives of People with a Chronic Disease on Participating in Work: A Focus Group Study. *J Occup Rehabil*. 2017;27(4):593–600.
53. McDonald HN, Dietrich T, Townsend A, Li LC, Cox S, Backman CL. Exploring occupational disruption among women after onset of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(2):197–205.
54. Rim SH, Guy GP, Yabroff KR, McGraw KA, Ekwueme DU. The impact of chronic conditions on the economic burden of cancer survivorship: a systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Oktober 2016;16(5):579–89.
55. Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte. *Schweiz Ärztesztg* [Internet]. 16. Juni 2015 [zitiert 29. Oktober 2019];96(25). Verfügbar unter: <https://doi.emh.ch/saez.2015.03714>



56. Montgomery FU, Parsa-Parsi RW, Wiesing U. Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds: Revidiert unter Leitung der Bundesärztekammer. Ethik Med. März 2018;30(1):67–9.
57. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009. 417 S.
58. Terminating a Patient-Physician Relationship [Internet]. American Medical Association. [zitiert 29. Oktober 2019]. Verfügbar unter: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/terminating-patient-physician-relationship>
59. Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB. Physician Manipulation of Reimbursement Rules for Patients: Between a Rock and a Hard Place. JAMA. 12. April 2000;283(14):1858.
60. Werner RM, Alexander GC, Fagerlin A, Ubel PA. Lying to Insurance Companies: The Desire to Deceive among Physicians and the Public. Am J Bioeth. September 2004;4(4):53–9.
61. LEITFADEN ZUR LISTE DER SÄUMIGEN VERSICHERTEN - Kanton Aargau [Internet]. [zitiert 13. November 2019]. Verfügbar unter: [https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/praemienverbilligung\\_und\\_krankenkassenausstaende/departement\\_detailseite\\_360.jsp](https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/praemienverbilligung_und_krankenkassenausstaende/departement_detailseite_360.jsp)
62. Säumige Prämienzahler [Internet]. [zitiert 13. November 2019]. Verfügbar unter: <https://gesundheit.tg.ch/bevoelkerung/krankenversicherung/versicherungspflicht/saeumige-praemienzahler.html/5584>
63. Richter M, Hurrelmann K, Herausgeber. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2016. 458 S. (Lehrbuch).
64. McLaren L, Petit R. Universal and targeted policy to achieve health equity: a critical analysis of the example of community water fluoridation cessation in Calgary, Canada in 2011. Crit Public Health. 15. März 2018;28(2):153–64.
65. Christoph Mattes und Carlo Fabian. Armut und Schulden in der Schweiz Ansätze der Schundenbewältigung und ihr Beitrag zur Armutsprävention und -

- bekämpfung. MuttENZ/Zürich: Beiträge zur sozialen Sicherheit; 2018 Aug. (Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut). Report No.: 318.010.7/17d.
66. Statistik B für. Armutsgefährdung [Internet]. [zitiert 4. November 2019]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/wohlbefinden-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armutsgefaehrdung.html>
  67. Statistik B für. Materielle Entbehrung [Internet]. [zitiert 5. November 2019]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/wohlbefinden-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/materielle-entbehrung.html>
  68. Statistik B für. Zahlungsrückstände, nach verschiedenen soziodemographischen Merkmalen - 2013-2017 | Tabelle [Internet]. Bundesamt für Statistik. 2019 [zitiert 5. November 2019]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.9008383.html>
  69. Neuenschwander P, Herausgeber. Der schwere Gang zum Sozialdienst: wie Betroffene das Aufnahmeverfahren der Sozialhilfe erleben. Zürich: Seismo; 2012. 169 S. (Schriften zur Sozialen Frage : soziale Sicherheit und integration).
  70. Hümbelin O. Nichtbezug von Sozialhilfe und die Bedeutung von regionalen Unterschieden. :29.
  71. Rawls J. A theory of justice. Rev. ed. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press; 1999. 538 S.
  72. Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen Bericht der Arbeitsgruppe «Rationierung» im Auftrag der Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz». Basel; 2007 Juli.
  73. BAG B für G. Krankenversicherung: Bezeichnung der Leistungen [Internet]. [zitiert 7. November 2019]. Verfügbar unter:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>

74. Nunes R, Nunes SB, Rego G. Health care as a universal right. *J Public Health*. Februar 2017;25(1):1–9.
75. Bagley N, Levy H. Essential Health Benefits and the Affordable Care Act: Law and Process. *J Health Polit Policy Law*. 1. Januar 2014;39(2):441–65.
76. Daniels N. *Just health care*. Cambridge [Cambridgeshire] ; New York: Cambridge University Press; 1985. 245 S. (Studies in philosophy and health policy).
77. Buchanan AE. The right to a decent minimum of health care. *Philos Public Aff*. 1984;13(1):55–78.
78. Savulescu J. Justice and Healthcare: The Right to a Decent Minimum, Not Equality of Opportunity. *Am J Bioeth*. 1. Februar 2001;1(2):1a–3a.
79. Fried C. Equality and Rights in Medical Care. *Hastings Cent Rep*. Februar 1976;6(1):29.
80. Daniels N. Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass? In: Kuhse H, Singer P, Herausgeber. *A Companion to Bioethics* [Internet]. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2009 [zitiert 7. November 2019]. S. 362–72. Verfügbar unter: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781444307818.ch31>
81. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Änderung vom 19. März 2010. As 2011 3523 März 19, 2010.
82. Bundesamt für Gesundheit BAG. Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. BBL, Vertrieb Bundespublikationen; 2018.
83. Häfelin U, Müller G, Uhlmann F. *Allgemeines Verwaltungsrecht*. 7. vollständig überarbeitete Auflage. Zürich St. Gallen: Dike; 2016. 681 S.
84. Bundesgericht. 131 V 147 [Internet]. [zitiert am 8. Juli 2019] Verfügbar unter: [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F131-V-147%3Ade&lang=de&type=show\\_document](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F131-V-147%3Ade&lang=de&type=show_document)

85. Stark J. Listen säumiger Prämienzahler sind notwendig | NZZ. Neue Zürcher Zeitung [Internet]. 22. August 2018 [zitiert 22. November 2019]; Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/meinung/listen-saeumiger-praemienzahler-sind-notwendig-ld.1411921>
86. Prämien-Entlastungs-Initiative [Internet]. SP Schweiz. [zitiert 13. November 2019]. Verfügbar unter: <https://www.sp-ps.ch/de/kampagnen/unterschriftensammlungen/pramien-entlastungs-initiative>

## **9. Dank**

Dr. Daniel Drewniak

Prof. Dr. med. Dr. phil Nikola Biller-Adorno

Werner Gürr

Jessica Lang

Benjamin Wenk

Mirjam Wäffler

Vinzenz Glaus

Clara Böttinger

## 10. Lebenslauf

Name, Vorname           Glaus Hanna Alice

Geschlecht:               weiblich

Geburtsdatum:           25.04.1994

Heimatort und Kanton   Schwarzenburg BE

Ausbildung:              2000 – 2006, Primarschule Altstadt, Winterthur  
                                2006 – 2009, Sekundarschule St. Georgen, Winterthur  
                                2009 – 2013, Kantonsschule Büelrain, Winterthur, mit  
                                eidgenössischer Maturität im Wirtschaftlich-Rechtlichen-  
                                Profil  
                                2014 – 2020, Universität Zürich, Zürich, Humanmedizin

## 11. Erklärung

### Masterarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir im Rahmen des Studiengangs Master Humanmedizin eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel,

### **"Schwarze Listen": Ethische Probleme im Umgang mit dem Aufschub medizinischer Leistungen**

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie *in eigenen Worten* verfasste Masterarbeit\* handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist.

### Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich *sämtliche* in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich *ausnahmslos* und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

### Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können (gemäss §§ 7ff der Disziplinarordnung der Universität Zürich sowie §§ 51ff der Rahmenverordnung für das Studium in den Bachelor- und Master-Studiengängen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum: 29.11.2019

Name: Glaus

Vorname: Hanna

Unterschrift:.....

\* Falls die Masterarbeit eine Publikation enthält, bei der ich Erst- oder Koautor/-in bin, wird meine eigene Arbeitsleistung im Begleittext detailliert und strukturiert beschrieben.